Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr 8 21 lutego 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Numer niniejszy poświęca Redakcja medycynie włoskiej

Prof. Dr Luigi CONDORELLI. Bari.

Odma sztuczna śródpiersia, jej zastosowanie w rozpoznaniu i leczeniu.

Z Królewskiego Zakładu Patologii Lekarskiej i Metodologii Klinicznej Wszechnicy im. Benito Mussolini w Bari.
Kierownik: Prof. Dr Luigi Condorelli.

Wstęp.

Badanie semiologiczne narządów śródpiersia jest trudne nawet dla tego, kto posiada szerokie i poważne kliniczne przygotowanie. Z tego powodu badanie rentgenologiczne stanowi czynnik niezmiernie cenny dla rozpoznania chorób śródpiersia. W każdym razie na tym polu radiologia jeszcze do dzisiaj nie doszła do tego stopnia doskonałości, który wprowadzenie środków kontrastowych stworzyło w innych narządach i systemach. Wszyscy znamy poważne trudności, na które napotyka radiologia przy rozpoznawaniu zrostów osierdzia albo przy odróżnianiu rozszerzenia tętnicy głównej od guza śródpiersia i gdybyśmy chcieli bardziej jeszcze wyszczególnić nasze badanie rozpoznawcze należało by się spytać, czy radiolog posiada pewny sposób rozpoznania zrostów opłucnowo-osierdziowych albo osierdziowo-piersiowych?

Pomijając znaczenie baru przy radiologii przełyku, jedyna próba użycia środków kontrastowych była wykonana przez Daneliusa *(Fortschr. d. Röntgenstr.* Vol. 47) i według mego zdania, sposobem zadawalniającym. Autor wprowadza w śródpiersie płyn mętny tzw. „Abrodil". Ta technika nie jest wygodna. Ciało mętne wprowadzone do *mediastinum* może okazać pomoc tylko w wypadkach ograniczenia obrysu zatoki opłucnowo-śródpiersiowej, ale w istocie daje tylko obrazy nieprawdziwe. Jeżeli ilość płynu jest mała, nie mamy żadnej pewności, że wypełnił on wszystkie tkanki śródpiersia; jeżeli jest płynu dużo wtedy rozszerza się zatoka opłucnowa i wykazuje nadmierne rozszerzenie przedniej zatoki śródpiersia. Trzeba dodać, że płyn jodowy może wywołać podrażnienie chemiczne a w następstwie stwardnienie mniej lub więcej wyraźne tkanki łącznej śródpiersia, którego wiotka budowa tworzy z powodów zrozumiałych zasadniczy warunek czynności zwykłych narządów śródpiersia. Uwagi powyższe doprowadziły mnie zatem do używania powietrza jako kontrastu, aby oddzielić cienie rozmaitych narządów w śródpiersiu i to z dwóch względów: 1) że jest nieszkodliwe; 2) że gaz jest najodpowiedniejszym środkiem uplastycznienia i odsunięcia od siebie narządów zawartych w śródpiersiu.

Wiadomości anatomiczne i technika nakłucia jamy śródpiersia.

Przed ogłoszeniem moich pierwszych uwag o odmie śródpiersiowej nasze wiadomości anatomiczne o budowie śródpiersia były niedostateczne. W podręcznikach anatomii topograficznej nazwy przednie śródpiersie i tylne śródpiersie przyjęte były tylko dla wygody opisu, bo wszyscy anatomowie zgadzają się z tym, że wszystkie narządy są w jednym środowisku tkanki komórkowo-tłuszczowej i nie ma żadnego odgraniczenia, które by dzieliło narządy należące jakoby do części przedniej śródpiersia od tych, które należą do części tylnej.

I istotnie niektórzy autorowie uważają tchawicę jako organ śródpiersiowy przedni a inni jako organ tylnego śródpiersia. Badania anatomiczne, które wykonałem przy rozpatrywaniu rozkładów płynów zabarwionych ciałami nieprzenikającymi, jak zawiesiną błękitu pruskiego i karminu pozwoliły mi wykazać istnienie dwóch komór śródpiersia oddzielonych wyraźnie i nie mających żadnego wspólnego połączenia. W tych dwóch jamach rozdzielonych włóknistą bardzo wyraźną przegrodą wlewane płyny bardzo wyraźnie łączyć się z sobą nie mogą i to zarówno te, które wlewamy do przedniej, jak i te które wlewamy do tylnej przegrody. Przegroda ta przeszkadza jakiemukolwiek łączeniu się płynów.

Zbudowana jest ona w górze z przedłużenia warstwy tylnej *aponeurosis cervicalis*, środkowa otacza z tyłu *m. sternothyreoideus* i *m. sternohyoideus* a z przodu tchawicę, przenika śródpiersie i zaczepia się o brzeg wyższy, tylna część przegrody to warstwa włóknista osierdzia. Boki tej przegrody łączy się z opłucnymi śródpiersiowymi.

Dolna część tej przegrody, która rozdziela dwie jamy śródpiersia tworzona jest przez tylną część osierdzia. Wyższa część przegrody, która, jak mówiliśmy jest przedłużeniem warstwy głębokiej *aponeurosis cervicalis* środkowej, przebita jest przez tętnicę główną. Dolną część przegrody tj. tylną część osierdzia przebijają żyły płucne i żyła czcza dolna.

Jama śródpiersiowa przednia zawiera zatem tkankę tłuszczową pozamostkową z grasicą i jej resztkami, z częścią początkową tętnicy głównej, z żyłą czczą górną i pniem *v. anonyma sinistra,* z częścią przednią łuku *v. azygos,* nerwu przeponowego i serca; tchawica z grubymi oskrzelami i gruczołami oskrzelowo-tchawicowymi, z początkiem wielkich naczyń występujących z łuku tętnicy głównej, przełykiem z tętnicą główną zstępującą i z *ductus thoracicus* oraz nerwami błędnymi należy do śródpiersia tylnego.

Dwie jamy śródpiersiowe otwarte są ku górze. Przednia otworem kieruje się ku szyi pomiędzy listkiem przednim *aponeurosis cervicalis,* która jest przyczepiona w tyle *manubrium sterni* i listkiem tylnym tej samej *aponeurosis.* Płyny i gazy rozchodzą się pomiędzy tymi dwoma listkami ścięgnistymi, rozmieszczając się w postaci trapezu, którego górny krótszy bok odpowiada *os hyoideum,* brzegi boczne *m. omohyoideus* na którym listek przedni *aponeurosis cervicalis* spada i łączy się z listkiem tylnym, z brzegiem dolnym u spodu szyi.

Jama śródpiersiowa tylna otwiera się ku szyi pomiędzy listkiem tylnym *aponeurosis cervicalis mediana* i *aponeurosis cervicalis posterior,* w ten sposób, że płyny i gazy wprowadzone w śródpiersie tylne rozszerzają się w tkance tłuszczowej, która otacza tchawicę, splot nerwowy i naczyniowy szyi, oba nerwy powrotne *(n. recurrens)* i przełyk.

Płyn lub gaz wprowadzony do jamy śródpiersiowej przedniej rozchodzi się w tkance tłuszczowej tworząc, jeżeli ilość jego wynosi 400 cm³ wielką kulę przednią, która oddziela osierdzie od mostka. Gaz lub płyn wprowadzony rozlewa się pomiędzy opłucną osierdziową i worek włóknisty osierdzia łącząc *margo obtusus* i *margo acutus;* rozkłada się także przed tętnicą główną koło żyły czczej i w części przedniej łuku *v. azygos.* Odchyla wreszcie opłucną śródpiersiową, przykrywającą przednią część *pedunculus mediastinalis superior.* Pojemność jamy śródpiersiowej przedniej jest znaczna, można bowiem wprowadzić ponad 1000 cm³ płynu lub gazu, jeżeli się nie napotyka odczynu zapalnego tkanki komórkowo-tłuszczowej.

Płyn lub gaz wprowadzony w jamę śródpiersiową tylną rozlewa się w tkance tłuszczowej, która otacza przełyk, tchawicę, grube oskrzela, tętnicę zstępującą i wrzyna się w oba listki opłucnowe, tworząc więzadło trójkątne *(lig. triangulare)* i dochodzi do brzegów tylnych ujścia płucnego *(chylus pulm.).* Technika wlewania nie jest trudną i nie jest niebezpieczną, jeżeli się ją wykonuje zręcznie. Ukłucie jamy śródpiersiowej przedniej wykonuje się igłą dla znieczuleń, zgiętą pod kątem 120°. Wprowadza się palec za *iugulum,* wciska się igłę tuż przy brzegu tylnym *manubrium sterni* i zagłębia się ją mniej więcej na długość 2—3 cm. Jest się wtedy na pewno w jamie śródpiersiowej przedniej i nie naraża się na skaleczenie lewego pnia *v. anonyma,* który jest tu najbliżej położony. Zanim

się wciśnie gaz aparatem Forlaniniego, próbuje się strzykawką, czy się nie skaleczyło naczynia.

Dla nakłucia tylnej jamy śródpiersiowej wybiera się igłę długą na 10 cm. W linii środkowej przebija się warstwy mięśniowe, rozścięgno karkowe i obie błony rozścięgna karkowego środkowego wraz z *m. sternothyreoideus* i *sternohyoideus*, które przykrywa, aż się poczuje pierścienie tchawicy. Wtedy odchyla się igłę ku dołowi zawsze w linii środkowej posuwając ostrze wzdłuż tchawicy i wciskając dopóki nie przeniknie 2 cm poniżej poziomu *iugulum*. Przed wprowadzeniem gazu trzeba wciągnąć strzykawką, aby się upewnić, że się nie skaleczyło naczynia. Zarówno przy jednym jak i drugim nakłuciu chory winien trzymać szyję wyciągniętą.

Fizjopatologia i semiologia odmy śródpiersiowej.

Współpracownik mój Dr Francaviglia zbadał szczegółowo odczyny u osobników normalnych albo chorych na najrozmaitsze choroby narządów oddechowych i serca w ciągu i po wprowadzeniu odmy piersiowej przedniej. Chorzy podają jako objaw podmiotowy uczucie dość znośne ucisku pozapiersiowego, który rozszerza się aż do *epigastrium* i lewego ramienia, rzadziej ramienia prawego po wprowadzeniu 100—150 cm³ gazu. To uczucie przechodzi i znika, skoro się wstrzyma wdmuchiwanie aż do chwili, kiedy manometr wykaże wahania około zera.

Trzeba zaznaczyć, że wahania manometryczne zaczynają się zjawiać już wtedy, kiedy ilość wprowadzonego gazu wynosi 30—50 cm³. Zaraz potem ciśnienie podnosi się do plus 7:0, a potem spada aż do małych wahań około zera, jeżeli wdmuchiwanie wstrzymamy na czas jakiś.

W ogóle, jeżeli chodzi o śródpiersie normalne, można łatwo wprowadzić 400—500 cm³ gazu bez żadnego ciśnienia dodatniego. Można zauważyć często początkowe zwolnienie tętna, które znika przy dalszym wprowadzaniu gazu i czasami ustępuje nieznacznemu przyspieszeniu. Ciśnienie tętnicze często się nie zmienia, czasami z początku występuje lekkie obniżenie a potem podwyższenie maksymalnego ciśnienia bez zmian w ciśnieniu minimalnym. Rzadziej spotykamy powiększenie choć nieznaczne zarówno maksymalnego, jak minimalnego ciśnienia. Żadnej zmiany w ciśnieniu żylnym. W ogóle elektrokardiogram nie wykazuje we wszystkich swych klasycznych odprowadzeniach żadnej zmiany, albo zmiany ledwie dostrzegalne: czasami obniżenie potencjału elektrycznego, rzadziej lekkie podniesienie S w trzecim odprowadzeniu, które można by uważać za odchylenie osi serca. Natomiast zapisując elektrokardiogram w odprowadzeniu piersiowym, po wprowadzeniu 400 cm³ gazu widzi się poważne zmiany, wynikłe wskutek odchylenia kierunków rozchodzenia się prądów elektroruchowych pomiędzy sercem a klatką piersiową.

Co do semiologii, zjawiska wywołane odmą są następujące: 1) zniknięcie okolicy stłumienia serca, 2) zjawienie się szmerów, trzeszczeń, równoczesnych z ruchem serca, które się słyszy na mostku albo na lewej stronie stłumienia serca. Dokładniej słychać te szmery po wprowadzeniu 20—30 cm³ gazu.

Odma śródpiersiowa tylna wprowadza uczucie podmiotowe ucisku bolesnego odczuwanego na linii środkowej a często w ramionach, bardzo nieznaczną zmianę w ciśnieniu tętniczym lub żylnym, częstości tętna i w elektrokardiogramie.

Żadnej zmiany semiologicznej prócz głośniejszych dźwięków perkusyjnych na części grzbietowej wyższej kręgosłupa się nie spotyka. Robiliśmy odmę śródpiersiową przednią czy tylną w celach rozpoznawczych i leczniczych setki razy i nie mieliśmy żadnych powikłań.

Zastosowanie rozpoznawcze odmy śródpiersiowej. Zastosowania rozpoznawcze są rozliczne i powiem tu tylko o najważniejszych, które były badane i stosowane przeze mnie i współpracowników.

A. Zastosowanie przy badaniu serca. Serce, jeżeli nie ma zrostów osierdziowych, po założeniu odmy przedniej śródpiersiowej występuje na zdjęciach przednio-tylnych otoczone gazem o bardzo wyraźnych obrysach. Nawet koniuszek serca, który przed odmą jest mało widoczny z powodu swego wgłębienia w przeponę występuje wyraźnie, zupełnie oddzielony od otaczających narządów warstwą gazu. Boczne zdjęcia pomiędzy mostkiem a sercem wykazują banię gazową, która zupełnie oddziela serce. Z tych powodów nadaje się odma do dokładnego badania rozmiarów serca, jednocześnie daje cenne wskazówki o układzie i przekątnych serca.

Ważnych wskazówek udziela nam ten obraz w badaniu naczyń u podstawy serca. Tętnica główna czy to w położeniu przednio-tylnym, czy bocznym, czy ukośnym występuje zawsze bardzo wyraźnie, ale najlepsze wyniki i wybitnie wyraźne otrzymujemy przy zrostach osierdzia.

Możność oznaczenia umiejscowienia zrostów nawet bardzo drobnych pomiędzy osierdziem a narządami otaczającymi została doprowadzona dzięki temu sposobowi do dokładności, którą trudno powiększyć. Nawet zrosty bardzo drobne pomiędzy workiem osierdzia i mostkiem dają się bardzo wyraźnie wykazać promieniami X. Równie dobrze da się umiejscowić z największą dokładnością zrost opłucnowo-osierdziowy, jeżeli obrąbek gazowy w miejscu zarysu prawego i lewego serca badać będziemy. W licznych wypadkach wskutek urazów opłucno-płucnych przewlekłych, odgraniczenie i przeźroczystość serca zupełnie się zaciera z powodu cieni, wywołanych przez urazy opłucnowo-płucne; jest bardzo trudno, może nawet niemożliwe wykryć w każdym wypadku zrosty opłucnowo-osierdziowe. W tych razach odma przednia pozwala na zupełnie dokładne rozpoznanie i pozwala ograniczyć zupełnie ściśle miejsca osierdzia złączone z opłucną, znajdującą się w stanie zapalnym.

B. Zastosowania rozpoznawcze w chorobach śródpiersia i płuc. Wykazano, że odma śródpiersiowa oddaje wielkie usługi w rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy guzami śródpiersia a nowotworami płucnymi, blisko środka położonymi. W wypadkach guzów śródpiersia, które wystają ku jednemu polu płucnemu po założeniu odmy śródpiersiowej, tam gdzie opłucna środkowa się nie oddziela albo gdzie się oddziela, obrębek gazu zajmuje miejsce poza cieniem stworzonym przez guz. Jeżeli przeciwnie chodzi o guz w płucach, obrębek gazu występuje wewnątrz cienia tworzonego przez nowotwór.

Odma śródpiersiowa dowiodła pożyteczności swojej, jeżeli chodziło o ustalenie istnienia włókniaków piersi *(fibrothorax)* z mniejszym lub większym zajęciem śródpiersia albo udziału śródpiersia w sprawie miażdżycowej.

Jeżeli śródpiersie nie bierze udziału w sprawie przewlekłego zapalenia, wielka kula gazu układa się pomiędzy uszkodzone płuco i śródpiersie: widzi się wtedy umiejscowienie wprowadzonych gazów po tej stronie, gdzie istnieją procesy włóknikowe dążące do skurczenia płuc. Jest to doświadczenie, które mnie doprowadziło do stosowania odmy śródpiersiowej, jako środka leczniczego, jak to zaraz opowiem.

Zastosowanie lecznicze odmy śródpiersiowej. Pierwsze zastosowanie lecznicze odmy śródpiersiowej przedniej było w celu usunięcia przepukliny śródpiersiowej. W pracy mego ucznia Dra Caputi znajdą się wszelkie szczegóły i wskazówki, które tu podaję.

Dzięki tej odmie udaje się odprowadzić prawdziwe przepukliny międzypiersiowe górne szczególniej górne, które powstały w czasie odmy piersiowej leczniczej. Obie blaszki opłucnej są oddzielone i blaszka odpowiadająca stronie odmy odchylona jest z pozycji normalnej. Napięcie tkanki tłuszczowej śródpiersia otrzymane przez wepchnięcie gazu podnosi opór, który daje śródpiersie i chroni przed przemieszczeniem. Wprowadzanie gazu trzeba powtarzać co 3—4 dni, mniej więcej w ciągu miesiąca. W gruncie rzeczy warunki statyczne zmieniają się w ten sposób, że nie potrzeba dalszych dopełnień. Przeciwnie, odma śródpiersiowa nie wywiera żadnego wpływu na całkowite przemieszczenie śródpiersia i w tych razach, jeżeli odchylenie śródpiersia wywołane jest przez zrosty przeciwległe.

Odma śródpiersiowa przednia jest środkiem leczniczym w pewnych wypadkach krwawienia płucnego wskutek odmy zwyczajnej. Chodzi o te wypadki, w których śródpiersie było szczególnie wiotkie, zastosowanie odmy piersiowej nie doprowadza do zapadania się płuc, a jeżeli płuco zachowuje swe rozmiary i następne dopełnienia nie dają lepszych wyników, jak odsunięcie śródpiersia, w tych wypadkach zastosowuję jednocześnie odmę piersiową i śródpiersiową. Podniesienie napięcia śródpiersia przez wprowadzenie gazu wpływa na odmę piersiową i pozwala na zatamponowanie płuca.

Jeszcze jedno wskazanie w lecznictwie jest ważne: jest to skłonność do krwioplucia u ludzi z guzami płuc, gdzie nie można stosować odmy wskutek zrostów opłucnowych. Mówiłem wyżej, że wprowadzenie gazu w śródpiersie doprowadza do rozmieszczenia się gazu w tej stronie, gdzie płuco się zmniejsza wskutek zwłóknienia lub skurczenia. Wtedy widać banieczki gazu czasami bardzo wyraźne, które dowodzą zapadania się częściowego płuca, szczególniej w miejscach odpowiadających środkowej części górnego płata. Wyniki, które otrzymałem w takich wypadkach są zadowalniające i w każdym razie bez porównania lepsze, niż bardzo niepewne i wątpliwe otrzymane przez odmę przeciwległą.

Wreszcie stosuję bardzo często odmę śródpiersiową w celach leczniczych: 1) jako dopełnienie torakoplastyki przy ura-

zach czy pewnych schorzeniach *(fibroulcerese)* górnego płata, szczególniej, jeżeli jama leży pośrodku, 2) jako dopełnienie częściowej odmy z otwartymi jamami w płacie górnym i w wypadkach zrostów płuc z opłucną śródpiersiową, 3) jako dopełnienie wyrwania nerwu przeponowego w wypadkach owrzodzeń górnego płata. W licznych razach bańka gazu otrzymana przez wdmuchiwanie doprowadza do utrzymania zawartości gazu przez odmę częściową.

Godzi się zaznaczyć, że odma śródpiersiowa znoszona bywa lepiej i stanowi zabieg leczniczy, któremu chorzy chętniej się poddają.

Poza tymi wskazówkami leczniczymi, które zdaniem moim mogą ulec znacznemu rozwinięciu, odma ta stosowaną być może w wypadkach zapaleń osierdzia wysiękowych, czy suchych po przejściu ich ostrego stanu w celu przeszkodzenia tworzeniu się zrostów.

Piśmiennictwo:

Condorelli L.: Communicazione al XLI Congresso di Medicina Interna do Bologna 23—26 ottobre 1935, XIII Ed. L. Pozzi, Roma 1936. — Francaviglia: tamże. — Catalano: tamże. — Caputi: tamże. — Capua A.: tamże. — Condorelli, Francaviglia, Capua, Catalano, Caputi: Radiologia e Fisica Med. Nuova Serie Vol. II. Ser. II. Fasc. 3. — Condorelli L.: Minerva Medica. XXVII. I. Nr 4. 1936. — Francaviglia A.: Min. Med. XXVII. I. Nr 5. 1936. — Catalano A.: Min. Med. XXVII. I. Nr 6. 1936. — Caputi G.: Min. Med. XXII. I. Nr 7. 1936. — Pennetti G.: Communicazione al Congresso di Radiologia, Napoli 1936. — Tenże: Folia medica. XXII. Nr 17. p. 772.

M. LUCACER.

Odma przeciwległa pierwotna.

Myśl przewodnia, że uspokojenie schorzałego organu sprowadzić może prawdziwą poprawę przy leczeniu gruźlicy płuc doprowadziła Carlo Forlaniniego do wprowadzenia leczenia uciśnięcia płuc przez odmę sztuczną. Dziś nie ma ftizjologa, któryby nie uważał odkrycia Forlaniniego za największy postęp w leczeniu tej groźnej choroby. Dzisiaj bezwzględnie triumfuje leczenie odmowe.

W każdym razie dalecy jesteśmy od tego, żeby leczenie Forlaniniego stosowane być mogło we wszystkich wypadkach gruźlicy. W niektórych wypadkach, w gruźlicy jednostronnej odmy sztucznej nie da się założyć z powodu zrostów mniej lub więcej rozsianych wokół; wobec tego, że opłucna nie jest wolna, wprowadzenie powietrza pomiędzy ściany klatki piersiowej a płuca jest niewykonalne. M. Ascoli bierze pod uwagę inny sposób uciskowego leczenia w tych wypadkach i od roku 1929 robi odmę sztuczną boku zdrowego, aby leczyć zmiany strony przeciwnej i wytworzyć odmę pierwotną drugostronną. Ten sposób z początku uważano za paradoksalny, jak powiedział Dumarez, pierwszy naśladowca francuski Forlaniniego, tego twórcy metody odmowej. Ale w gruncie rzeczy sprzeczność jest tylko pozorna.

W istocie wedle zasady Forlaniniego odma leczy gruźlicę tylko przez unieruchomienie płuca a osłabienie ruchomości łaczej usposabia do wzrostu zmian anatomo-patologicznych, które ułatwiają przebieg procesu niszczącego; stąd wniosek, że odma ma być stosowana tylko w jednym płucu. Forlanini pisał: „Pojęcie moje o sprawie gruźlicy doprowadziło mnie do tego wniosku, że sprawa ta musi być wstrzymana i płuco wyleczone z chwilą całkowitej nieruchomości". To unieruchomienie płuc wymagało silnego ucisku śródopłucnowego. To zapatrywanie unieruchomienia płuc i nadciśnienia, jak je zalecał Forlanini jest teraz przestarzałe i zastąpione przez zasadę obniżenia ciśnienia wprowadzoną w 1912 roku przez M. Ascoliego i uznaną za zgodą ogółu lekarzy po dość długich wahaniach. Zamiast klasycznej odmy uciskowej albo nadciśnienia Forlaniniego M. Ascoli zalecał obniżenie ciśnienia elastycznego płuc, które można w ogóle sprawić przez ciśnienie ujemne i które jest zdolne wywołać poprawę a nawet wyleczenie bez niemiłych następstw odmy uciskowej (liczne wysięki, przesuwanie śródpiersia, wysięk drugostronny). W ten sposób stworzono tzw. odmę poduciskową M. Ascoliego o niższym, wybranym ciśnieniu.

Skoro odma poduciskowa zdolna jest wpłynąć korzystnie na zmiany gruźlicze a nawet je wyleczyć, to oczywiście nie sprzeciwia się temu wytworzenie obustronnej odmy jednoczesnej. Autor nie waha się wykonać ją w praktyce i w tym samym roku 1912 wprowadził odmę jednoczesną obustronną, która po trudnościach początkowych, wywołanych pozorną sprzecznością z teoretycznymi sądami, które wówczas rządziły, teraz sprawę wygrała. Odma przeciwległa wynika logicznie z zasady obniżenia ciśnienia.

Fizjopatologia. Wprowadzenie gazu w jamę opłucnową pociąga za sobą ograniczenie mniej lub więcej ruchów oddechowych płuc tej samej strony i sądzono, że będzie wyrównane przez nadmierną czynność płuca drugiego. Sprawdzone to zostało po części przy wprowadzeniu odmy uciskowej, jak to wykazały pneumogramy Monaldiego i radiogramy Lucasere, Lo Monaco. Mechanizm odmy poduciskowej jest inny. Jeżeli gaz jest wprowadzony w ilości umiarkowanej, ruchy oddechowe, które w warunkach normalnych wykonywane są z jednej i drugiej strony z pewnym przeciętnym napięciem płucnym (przeciętne ułożenie Bohra) nie są mniejsze, ale pozycja przeciętna Bohra jest ograniczona. Wytwarza się zatem pewne odprężenie płuc i w czasie wdechu miąższ płucny pociągany mniej silnie uzyskuje względny spokój. Pewna swoboda pozostawiona bywa w ten sposób dla wytworzenia blizny.

To odprężenie jest obustronne, bo płuca muszą być uważane, jako jedność mechaniczna (Parodi), jak to wykazuje niezależność ciśnień śródopłucnowych (Bordet i Parodi, Lucacer, Schill). Zmiany ucisku i wobec tego obniżenie napięcia zależą według nas od śródpiersia, a według Parodiego od oskrzeli, Tobe zaś uważa, że oba czynniki wchodzą w rachubę; przy tym trzeba zaznaczyć, że nic nie wstrzymuje nadczynności zastępczej drugiego płuca ale przeciwnie, ograniczone jest do mniejszego rozmiaru w stosunku do odepchnięcia, którego doznało śródpiersie (Epifanio). Otóż właśnie to pojęcie odprężenia obustronnego, prowadzące do zmniejszenia szkód wywołanych przez ruchy doprowadziło Ascoliego do próbowania odmy przeciwległej.

Wreszcie godzi się rozważyć inne czynniki korzystne odmy poduciskowej. Zaznaczmy naprzód, że części chore płuca przez odlepienie dwóch warstw płucnych i wskutek zmniejszenia ich elastyczności nie mogą się rozszerzać w tym samym stopniu co części zdrowe i narażone są na rozciągania i uszkodzenia przez oddechy. Jeżeli zaś zastosujemy odmę, to płuco uwolnione od zależności z klatką piersiową kurczy się i to ograniczenie rozszerzalności w okolicach dotkniętych chorobą pozwala na względny spokój, czyli objaw Morgana, który w 1914 roku ten spokój doświadczalnie wykazał. W późniejszym okresie dochodzimy do zapadu płuc ograniczonego do tych samych miejsc. Prawdopodobnie kilka czynników współdziała, ale wedle nas najważniejszym jest wymienione ograniczenie rozszerzalności części chorych. Bądź co bądź zjawisko Morgana, jak i zapad stosowny nie mogą być osiągnięte przez przeciwległą odmę wskutek zrostów opłucnowych *(symphise pleurale)*. Wedle Tobe przeciwnie, nawet w tych wypadkach, miejsca dotknięte zdolne są do zapadania, jeżeli tylko nie straciły zdolności skurczenia się. Na zdanie to tylko częściowo godzić się można. Z trzech podstaw fizjopatologicznych podciśnienia czynne jest w odmie przeciwległej odprężenie obustronne, które prowadzi do zmniejszenia urazu oddechowego. To zmniejszenie, chociaż jest obustronne, okazuje się mniejsze na stronie chorej, bo ucisk tylko pośrednio na nie działa. Czynność natomiast przeciwległa jest niewątpliwa a czasem dość szybka i dość znaczna, jak w najkorzystniejszych warunkach jednostronnej odmy. Łatwo zrozumieć, jeżeli się uwzględni mechanizm odprężenia. Skutki tego odprężenia nie są czynnością prostą; tylko początkowemu obniżeniu przypisujemy wpływ największy, i w miarę kiedy miąższ się kurczy wpływ prędko się osłabia (Ascoli). I chociaż jeden czynnik odgrywa rolę w wytworzeniu podciśnienia i to tylko częściowo, jednak wywiera wpływ i zrosty opłucnowe ułatwiają tę czynność.

Wskazania i sposoby. Zastosowanie drugostronnej odmy zależy przede wszystkim od niezależności opłucnej przeciwległej i od stopnia ruchomości śródpiersia. Wskazania leczenia uciskowego przeciwległego są zazwyczaj te same, co przy odmie jednostronnej, ale mniej rozległe. Przypadki ze zmianami świeżymi i umiejscowionymi wysoko (Tobe dodaje przy tym, że chodzi o zmiany w środkowej części podobojczykowej albo przywnękowej) o charakterze wysiękowym tworzą wskazania najwłaściwsze i dają najlepsze wyniki wobec jednostronnych zmian, gdzie odma jednostronna jest niewykonalna z powodu zrostów częściowych lub całkowitych.

W niektórych wypadkach można dołączyć do odmy przeciwległej zabiegi chirurgiczne, polegające na wycięciu płuca bez, lub z wycięciem *m. scalenus*, uwolnienie szczytu bez lub z plombowaniem i plastykę częściową. Dodać należy, że jakeśmy to zaznaczyli odmę przeciwległą szczególniej się zaleca przy zmianach

wysiękowych świeżych, a metody chirurgiczne stosuje się wyłącznie na zimno. (To prawo nie jest bezwzględne, szczególniej przy wyrwaniu nerwu przeponowego). Jednostronność uszkodzeń zachowuje znaczenie co do zabiegów chirurgicznych, ale niekoniecznie jest wymagana dla odmy przeciwległej, która jest jednym z środków zapobiegawczych dla zakażeń drugiej strony.

Wedle Tobego należy oddawać pierwszeństwo odmie przeciwległej, która czyni niepotrzebną inną metodę nie doprowadzającą do *restitutio ad integrum,* bo ta metoda nie przedstawia niebezpieczeństwa i może być porzucona w razie nieskuteczności. Ponadto jeżeli nie można się spodziewać wpływów leczniczych, odma drugostronna może być uważana za zabieg przygotowawczy do zabiegów chirurgicznych i uważana za okres odprężenia i czekania. Poprawa miejscowa i ogólna w ten sposób uzyskana, pozwala na zabieg plastyczny, który byłby niewykonalny z powodu uszkodzeń przeciwległych albo warunków krążenia i oddychania, albo niezdolności kurczenia się itd. Z innej strony można ograniczyć resekcję żeber.

Odma przeciwległa może być jak gdyby poprawieniem niektórych „nieudanych" odm, których zaniechano z powodu niebezpieczeństw ich utrzymania albo zastąpiono przez plastykę. W każdym razie w wypadkach wysiewu drugostronnego trzeba się przekonać za każdym razem, czy odma drugostronna ma dopełniać, czy zastąpić odmę „nieudaną". Liczni autorowie (Gwerder-Pedoia, Fiori, Parodi, Dumarest i Loefèvre) donoszą, że przez odmę przeciwległą usunęli krwawienia po stronie zrostów. Działanie zapobiegawcze odmy przeciwległej przeciw rozsianiu drugostronnemu prowadzi do rozważania wartości leczenia uciskowego przeciwległego, jako wstrzymującego krwotok. Technika odmy przeciwległej jest ta sama co odmy zwykłej poduciskowej. Odma może być utrzymana na ucisku ostatecznym wydechowym, które odpowiada ciśnieniu optimum poniżej zera wydechowego (Parodi) tj. pomiędzy —5 a —6 (Tobe).

Wyniki. Statystyki odmy przeciwległej są dosyć skromne i nie można dotąd ustalić bilansu tego sposobu a tym mniej mówić o wynikach późniejszych. Wedle naszych doświadczeń, dotyczących 30 wypadków, rozróżniamy trzy kategorie: 1) szybkie poprawy, zupełnie podobne do popraw odmy zwykłej, najczęstsze w postaciach wysiękowych świeżych i ograniczonych; 2) poprawa wolna i opóźniona w postaciach bujających i mieszanych, dawniejszych; 3) wyniki ujemne (około 25%) polegające na sztywności śródpiersia i prawdopodobnie na niemożności kurczenia się płuca uszkodzonego.

Z 22 wypadków leczonych w sanatorium Camerlata (Parodi, Malpedi) po 6 miesiącach leczenia 16 było bezgorączkowych (72 na sto), 15 przybrało na wadze (68,2%), a liczba prątkujących spadła z 20 na 11 (z 90% na 50%).

Chociaż odma drugostronna znana jest dopiero od 6 lat, jest jednak wykonywana często, co wskazuje na ogólną życzliwość z jaką się spotyka. Co do zastosowania, to tu prace podstawowe Parodi'ego o fizjologii mechanicznej płuc przeważają, należy jednak wspomnieć o ważnych i płodnych badaniach francuskich ftizjologów, którym przewodniczy Tobe, a których zdobycze są zarówno teoretyczne, jak kliniczne. Wyliczyć należy szczególniej prace Fici i Bettimi. Dumarest poświęcił drugostronnej odmie rozdział czwarty w swej klasycznej pracy o uciskowym leczeniu. Lombardzkie Tow. Lekarskie poświęciło odmie drugostronnej jeden dzień dyskusji francusko-włoskiej w maju 1936 roku. Ostatnio wydano staraniem Parodi'ego (wydawca Wasserman w Mediolanie) antologię prac „O odmie przeciwległej pierwotnej Mauritia Ascoli". Ta antologia jest podręcznikiem niezbędnym dla lekarzy, pragnących pogłębić swe wiadomości „o leczeniu podstawowym, które rozszerzyło w sposób nieprzewidziany uciskową terapię Karola Forlaniniego" i które nie jest zabiegiem wyjątkowym, ale raczej leczeniem najwłaściwszym stosowanym w lecznicach.

Piśmiennictwo:

M. Ascoli: Deutsche med. Woch. 33, 1929. — M. Ascoli et M. Lucacer: Le pneumothorax bilatéral simultané, Masson. Paris 1932. — M. Ascoli: Riforma Medica. 6 Août 1932. — M. Ascoli: Presse Méd. 29 Octobre 1932. — M. Ascoli: Le pneumothorax controlateral primitif. Policlinico. 24 Juin 1935. — Fischera et Giuffrida: Revue de la Tbc. 5, 1930. — F. Parodi: Repos physiologique du poumon par hypotension. Masson, Paris 1935. — F. Tobe, Degeorges, Salmon et Joly: La Presse Médicale. 47, 1935. — M. Lucacer: Amer. Rev. Tbc. XXIV. 1931.

Prof. Dr Emanuel MOMIGLIANO. Rzym.

O rentgenoterapii gruźlicy części rodnych kobiety.

Z Kliniki Położniczej i Ginekologicznej Uniwersytetu w Rzymie.
Kierownik: Prof. Dr Paulo Gaifami.

Może się wydać dziwnym i nawet niewytłumaczonym, że potrzeba ścisłego uporządkowania wyników rentgenoterapii stosowanej w leczeniu gruźlicy części rodnych kobiety dotychczas nie była należycie odczuta i nie doczekano się zebrania danych statystycznych, które by były zdolne wykazać pewną wartość tego leczenia.

Żadne inne umiejscowienie jak właśnie w częściach rodnych kobiety nie nadaje się tak do kontroli i do przeglądu statystycznego. Dane kliniczne były szczególnie w ostatnich latach tak liczne, że pozwoliłyby — gdyby były uporządkowane wedle schematów statystycznych, określonych i wspólnych wszystkim klinikom, przeznaczonym do leczenia nie tylko chirurgicznego, ale i radiologicznego gruźlicy części rodnych kobiety — na wybór leczenia fizycznego tego lub innego, zamiast zabiegu chirurgicznego. Niemożliwość zebrania w cyfrach dobrze określonych wyników rentgenoterapii pociąga za sobą niemożność porównania z wynikami operacji: to porównanie pozwoliłoby na wybór najlepszego leczenia gruźlicy części rodnych kobiety.

Wyniki, które były podane przez różnych autorów utrudniają — raczej czynią niemożliwe — wywnioskowanie o procentach wyleczenia i porównanie z innymi. Statystyki dotyczące operacji, czy leczenia radiologicznego były w istocie tak sformułowane, że nie nadają się do ścisłego porównania wyników. Ażeby dojść do wniosków, których by można użyć, każda statystyka musiałaby być sporządzona wedle następującego planu:

1. Podział na materiał kliniczny: o rozpoznaniu pewnym i rozpoznaniu wątpliwym.

2. Odróżnienie możliwie dokładne wypadków o ognisku wygasłym i ognisku jeszcze czynnym i ocenienie całości klinicznej dotyczącej pierwotnego ogniska co do jego położenia, rozwoju obecnego, a nawet przyszłego, gdyby trzeba było stwierdzić związki, jakie zachodzą pomiędzy ogniskiem pierwotnym a ogniskiem ogólnym.

3. Uporządkowanie kliniczne każdego poszczególnego wypadku co do rozszerzenia procesu gruźliczego w jego szczególnych etapach ustępujących lub wzmagających się. Klasyfikacja ta może być pewna w wypadkach poddanych laparotomii, przypuszczalna, jeżeli kontrola operacyjna była niekompletna albo w wypadkach poddanych od razu leczeniu promieniami X. Dla ułatwienia uporządkowania wypadki mogłyby być podzielone (jak to się robi przy raku macicy) na cztery grupy. W pierwszej grupie zebrano by wypadki, gdzie gruźlica ogranicza się do otrzewnej, szczególnie do otrzewnej miednicy. W drugiej grupie, gdzie proces gruźliczy zajął trąbki. W trzeciej grupie, gdzie macica jest zajęta sprawą gruźliczą. W czwartej grupie, gdzie gruźlica rozszerzyła się na narządy sąsiadujące, (jelita, pęcherz itd.).

4. Odróżnienie, jeżeli można, możliwie ścisłe wypadków wyleczonych czasowo i trwale. Trudno jest oczywiście określić odstęp czasu, który daje pewność wyleczenia zupełnego. W wypadku raka odstęp pięcioletni odpowiada prawie zawsze wyleczeniu, albowiem rzadkie, jeżeli nie wyjątkowe, są nawroty po tym terminie. Nie można tego powiedzieć o gruźlicy, która może być wyleczona po kilku miesiącach na zawsze i może powracać w innych wypadkach nawet po wielu latach, a w tym odstępie ustalają się objawy tylko czasowego wyleczenia. Można by twierdzić, że procent wyleczeń chirurgicznych czy to poddanych operacji, czy to leczeniu fizycznemu okazałby w statystyce każdego z autorów poważne zmiany, gdyby obliczanie nastąpiło w czasie ustalonym. Stąd widoczna konieczność granicy ścisłej dla kontroli kliniczno-statystycznej każdego wypadku, granicy, która powinna być ustalona przez kompetentną komisję, rozporządzającą doświadczeniami zebranymi w rozmaitych klinikach.

5. W statystykach procent wyleczenia powinien być obliczany ze wszystkich wypadków spotykanych w klinice, albo obliczony w wypadkach poddanych leczeniu operacyjnemu albo fizycznemu (procent bezwzględny albo względny wyleczeń).

6. W statystykach wyłącznie chirurgicznych musi być wskazany sposób leczenia i operacje mają być podzielone nie tylko na operacje radykalne albo zapobiegawcze, ale i w operacjach zapobiegawczych muszą być wyszczególnione granice do jakich sięgało to zapobiegawcze leczenie.

W statystykach wyłącznie radioleczniczych trzeba by się liczyć z techniką naświetlań a więcej jeszcze z dawką powierzchowną lub głęboką, wyrażoną w jednostkach międzynarodowych. Sprawa dawki mogłaby istotnie wymagać zasadniczych określeń ze względu na wyniki leczenia: dlatego statystyka

musi się liczyć z jednolitymi jednostkami albo bodaj takimi, które między sobą można porównać.

Te sześć praw — w razie gdyby były przyjęte, dawałyby wyniki jednolite otrzymywane w różnych klinikach i prowadziłyby sprawę leczenia gruźlicy w częściach rodnych kobiety na właściwą drogę, któraby usunęła zamęt i niepewność, jaka zależy przeważnie od braku linii wytycznych i jasności w klinicznych dochodzeniach. Wszelkie wyniki, któreby statystyki zebrały, ugrupowały i zestawiły ze sobą w najbliższej przyszłości mogłyby wykazać, że radioterapia gruźlicy części rodnych kobiety ma przed sobą daleko szersze pole i świetniejsze widoki, niż leczenie chirurgiczne. Czytając sprawozdania chirurgiczne ma się wrażenie, że wyniki się nie zmieniają. Wprawdzie odsetki śmiertelności i odsetki wyleczenia mogą ulegać wahaniom, ale nie przekraczają granic, które ustalono w początku, bo zagadnienie leczenia chirurgicznego zależne jest więcej niż wszelkie inne leczenie od zręczności i klinicznej wprawy chirurga. Inne są wrażenia przy przeglądaniu statystyki leczenia promieniami. Wrażenie jest wyraźnie optymistyczne może dlatego, że wyniki związane są z możliwościami jeszcze nieznanymi i niezbadanymi i opartymi na postulatach, które mogły być poprawione i wpływać korzystnie, jak to widzimy przy leczeniu nowotworów złośliwych. Przegląd najważniejszych statystyk zebranych przez Guthmana w zestawieniu złożonym z 524 wypadków, pochodzących ze statystyk Starka, Martiusa, Utera, Sippela, Wagnera, Barjaktazovie, Wesselinga, Bortiniego, Sessa, Weibela, Birchera, Doederleina, Vogta, wykazuje około 86% wyleczeń i poprawy. Taki procent usprawiedliwia entuzjazm, z którym przyjęte były te wyniki przez licznych autorów leczenia promieniami X, jeżeli uwzględnimy przy tym statystykę zebraną przez Heynemanna w podręczniku ginekologii Stökla, która w 294 wypadkach znajduje 174 wyleczeń, 76 popraw i 7 niepowodzeń.

Mniej więcej ten sam procent wyleczeń wypływa z wyników otrzymanych w naszej klinice, od roku 1928 do 1933. Chodzi tu u nas o 23 przypadki, z których 18 kontrolowaliśmy przeszło 2 lata. Z tych 23 przypadków 19 usprawiedliwiało rozpoznanie gruźlicy, dwa mają rozpoznanie niepewne: zatem do statystyki nadaje się tylko 17 wypadków: w 6 leczenie promieniami X użyte było po zabiegu chirurgicznym, z których dwa zabiegi ograniczyły się do otwarcia jamy brzusznej, 4 polegały na wycięciu trąbek, albo ropni serowatych ukrytych w otrzewnej miednicy. W 13 innych przypadkach było umiejscowienie sprawy gruźliczej w częściach rodnych przy jednoczesnym zajęciu otrzewnej, 5 przypadków poddanych było wprost leczeniu promieniami X. Pomiędzy tymi trzy osoby zmarły w kilka miesięcy potem, wszystkie z powodu rozsiania gruźlicy (jeden przypadek gruźlicy prosówkowej natychmiast po naświetleniu, przypadek o którym zdał sprawę D'Aprille na Kongresie Tow. Położniczego w roku 1931), albo wskutek zaognienia innych ognisk pozornie wygasłych.

Lepsze wyniki otrzymaliśmy w wypadkach surowiczego zapalenia otrzewnej z wysiękami do jamy brzusznej (wszystkie wyleczone w krótkim czasie przez szybkie wchłonienie wysięku po pierwszym nakłuciu) i przy umiejscowieniu w częściach rodnych bez poważnego zajęcia trąbek. Z kolei idą postacie plastyczne i zrosty, gdzie leczenie promieniami X prowadzi raczej do klinicznego wyleczenia, niż do wyleczenia anatomicznego, bo część zrostów i wysięków pozostaje.

Skromniejsze wyniki otrzymano w postaciach zserowaciałych z poważnymi ubytkami w organizmie i wypadkach powikłanych z ogniskami płucnymi jeszcze czynnymi albo zaognionymi w czasie leczenia promieniami X.

Dla uplastycznienia tej statystyki, zebranej przez Bolafio możemy ugrupować wyniki w następującej tablicy:

	Nr	Z tbc. pł.	Sprawdz.	Wylecz. po 2 l.	Popraw.	Zmarłe
Do r. 1926						
Surowicze	3	2	3	3	—	—
Wytwórcze	4	1	3	1	—	2
Zrosty	4	2	3	2	1	—
Serowate	2	1	2	—	1	1
	13	6	11	6	2	3
Do r. 1933						
Surowicze	4	2	4	4	—	—
Wytwórcze	3	1	2	1	1	—
Zrosty	6	4	5	3	1	2
Serowate	6	4 + 2	6	1	1	3
	19	11 + 2	17	9	3	5
Razem	32	17	28	15	5	8

Wyniki zgadzają się doskonale z wynikami otrzymanymi przez Guthmanna tj. odsetek 85 wyleczeń i poprawy, u nas odsetek 82,6. Można zatem przypuścić, że przez promienie X, uzupełnione naturalnie innym leczeniem fizycznym i dietetycznym otrzymuje się w 2/3 wypadków zupełne wyleczenie albo przynajmniej poprawę w gruźlicy otrzewnej, powikłanej lub nie z gruźlicą części rodnych kobiety.

Późniejsze statystyki zbudowane wedle proponowanych zasad powinny potwierdzić albo poprawić mniej lub więcej odsetek wyleczeń otrzymanych promieniami X. W każdym razie niewątpliwie korzyść leczenia promieniami już teraz korzystnie porównać się daje z wynikami chirurgicznego leczenia. Czy więc należy zawsze przekładać leczenie promieniami Roentgena? Z wyników naszych doświadczeń wypływa, że rozwiązania tego zagadnienia należy szukać nie w wyborze, ale raczej w leczeniu poprzedzającym. Z małymi wyjątkami rentgenoterapia ma być stosowana po operacji. Ta kolejność może być odwrócona, bo naświetlanie używane bywa najczęściej w wypadkach, gdzie nie można operować, albo nie można operować radykalnie. Co prawda, ta sama zasada mogłaby być stosowana, gdyby naświetlanie nie prowadziło do wyleczenia albo do wyraźnej poprawy choroby. Oczywiście nie można by we wszystkich wypadkach zaczynać leczenia od promieni X; są i będą zawsze wypadki, gdzie wskazanie do zabiegu chirurgicznego nie tylko jest widoczne, ale gdzie zabieg ten jest konieczny. Mimo to, wyłączając tę grupę, która nie jest małą pozostają liczne wypadki, gdzie próba leczenia wprost promieniami X jest usprawiedliwiona i nakazana. Rentgenoterapia w tych wypadkach jest nie tylko metodą leczniczą, ale i metodą rozpoznawczą. Z wyników otrzymanych można by istotnie wnioskować o tym, czy przyczyną choroby jest prątek Kocha, bo sprawy zapalne innej natury nie oddziałują na promienie X ani tak szybko, ani nie są tak wrażliwe, a ustępują znacznie prędzej po stosowaniu diatermii. (Prawie wszystkie zapalenia przydatków odporne na diatermię okazały się w następstwie jako sprawy gruźlicze). Nie chcemy przez to powiedzieć, że każda sprawa zapalna w narządach płciowych wyleczona promieniami X ma być natury gruźliczej. W ten sposób na pewno sfałszowalibyśmy naszą statystykę. Ale jeżeli wyniki radioterapii ugrupujemy skrupulatnie wedle danych i wywiadów, wedle objawów klinicznych, badań i odczynów biologicznych, rozpoznanie nasze, jeżeli niezupełnie pewne, musi być co najmniej poważnie traktowane.

Ten sposób traktowania, którego się trzyma Eymer, Martius, Jaschke i Gilbert doprowadza do przeznaczenia do operacji tylko tych wypadków, w których naświetlanie było bez skutku albo zgoła szkodliwe. Wobec tego, że dawki użyte do leczenia promieniami X są raczej skromne, nawet jeżeli się je powtarza w rozmaitych odstępach czasu, nie ma obawy, żeby wystąpiło powikłanie przy operacji. Zupełnie inne zachodzą warunki przy przedoperacyjnym naświetlaniu raka macicy, warunki, które wymagają odstępu czasu pomiędzy naświetlaniem a operacją. W szczególnym wypadku gruźlicy narządu płciowego nawet promienie X mogą ułatwiać w pewnym stopniu zabieg chirurgiczny, bądź to zmniejszając objętość masy zapalnej, bądź zwalniając twardość zrostu, bądź wreszcie wyjaławiając, albo obniżając jadowitość prątków w guzach, które ulec mają nożowi chirurga.

Należy rozważyć sprawy ważniejsze leczenia Roentgenem gruźlicy narządu płciowego, sprawy złączone ściśle z mechanizmem czynności promieni X, tj. sprawy samej techniki naświetlania. Można powiedzieć, że każdy autor ma własną metodę naświetlania co do ilości, rozszerzenia, orientacji, warstw, wreszcie co do dawki podanej w jednym posiedzeniu lub posiedzeniach częściowych. Przyczyny tego wyboru i techniki naświetlania szukać należy w rozmaitym pojmowaniu czynności promieni X, czynności, która była badana zazwyczaj wpływem wprost na prątki Kocha, albo na zmiany przez prątki Kocha wytworzone, albo na działanie pośrednie, rozwijające się miejscowo przy współudziale całego ustroju. Znaczna część autorów zgodnie z zasadą, żeby nie przeszkadzać naturalnej i samorzutnej obronie przemawiała za zasadą małych dawek często powtarzanych. Mniej liczni są autorowie, którzy używają dawek równorzędnych albo wyższych od dawki wyjaławiającej. Dawka zwana dawką gruźliczą ustalona przez Seitza i Wintza mniej więcej 50—60% dawki D. E. nie odpowiedziała przewidywaniom biologicznym, na których się opierała: dawka równorzędna proponowana przez Seitza i Wintza może wprawdzie być skuteczna czasami, ale czasami, choć rzadziej, jest niedostateczna i dlatego usprawiedliwia eklektyzm, który uprawiają przy wyborze naświetlań autorzy przy leczeniu gruźlicy otrzewnej i narz. płc. W naszej klinice używaliśmy również z początku dawki gruźliczej

podawanej na jednym posiedzeniu aż do r. 1930, potem zeszliśmy do dawek niższych, wahających się pomiędzy 28 do 33% dawki D. E. podzielonej z początku na dwa posiedzenia a potem stopniowo na sześć posiedzeń, wreszcie na dziesięć posiedzeń. Od roku 1930 woleliśmy zrezygnować z dawki określonej, opierając technikę naświetlań raczej na objawach i rozwoju klinicznym choroby. Oparte to było na niemożliwości przeniesienia na kliniczne wyniki badań doświadczalnych, które miały wykazać pożyteczność małych dawek w leczeniu gruźlicy rozmaitego umiejscowienia. Pomiędzy rozmaitymi umiejscowieniami gruźlicy nie ma właściwie badań gruźlicy narz. kobiecych. Brak ten wypełniony był przez badania doświadczalne, któreśmy przeprowadzili, szczepiąc wprost rogi maciczne królika hodowlami jadowitych prątków gruźlicy typu Vallée. U zwierząt kontrolnych śmierć nastąpiła w czasie 25—40 dni. U zwierząt naświetlanych dawkami wyższymi od 1 D. E. śmierć nastąpiła prędzej niż u zwierząt kontrolnych. U zwierząt naświetlanych dawkami mniej więcej 1/4 D. E. życie trwało dwa razy dłużej niż u zwierząt kontrolnych. Wpływ małych dawek promieni X był prócz tego określony w badaniach anatomo-patologicznych. Po małych dawkach otrzymuje się zwyrodnienie powolniejsze i bardziej rozległe tkanek gruźliczych, natomiast prędkie i bardzo silne uruchomienie elementów histiocytowych i łącznotkankowych widzi się w otoczeniu każdego ogniska. Wyższe dawki prowadzą natomiast do masowego zwyrodnienia tkanki gruźliczej i cechują się odczynem zapalnym mniejszym i nawet brakiem w otoczeniu ogniska zwyrodniałego.

Doświadczenia wykazują wyraźnie zupełnie różny wygląd zwyrodnienia i jednoczesnego bujania wywołany rozmaitymi dawkami promieni X. Największa użyteczność małych dawek, która naśladuje sprawę normalnego i samorzutnego wyleczenia, polega wedle wszelkiego prawdopodobieństwa na rozbiciu wolniejszym i bardziej rozległym tkanki gruźliczej i wywołaniu mniejszej ilości produktów zwyrodnienia. Te produkty działają jak prawdziwe przeciwgruźlicze czynniki, pobudzając siły naturalnej obrony. Wobec przewagi tworów histiocytarnych w otoczeniu ognisk gruźliczych w procesie leczenia, należy logicznie przypisać najważniejszą czynność komórkom systemu siateczkowo-śródbłonkowego, pobudzonym małymi dawkami promieni X. Duże dawki przeciwnie, wywołują obumarcie szybsze i bardziej rozległe tkanek gruźliczych i prowadzą do porażenia czynności komórek siateczkowo-śródbłonkowych, szkodząc w ten sposób najważniejszemu czynnikowi uodpornienia przeciw zapaleniu. Wyniki zatem doświadczalne wykazują konieczność utrzymania dawek promieni X w granicach oznaczonych, zdolnych do zachowania równowagi pomiędzy dawką niszczącą twory (zresztą bardzo czułe na promienie) tkanki gruźliczej a czynnością rozwiniętą przez produkty zwyrodnienia na sprawy odpornościowe.

Czynność ta może być czasami podniecająca i przez to pożyteczna; a czasami przeciwnie, porażająca a przez to szkodliwa zależnie od ilości produktów zwyrodnienia. To samo można przypuścić mówiąc o leczeniu podniecającym promieni X na śledzionę, gruczoły limfatyczne, szpik kostny, czynność, która służyłaby ku pomocy i uzupełnieniu bodźca pośredniego siedlisk komórek siatkowo-śródbłonkowych, drażnionych produktami ognisk gruźliczych po naświetlaniu. Wyniki badań doświadczalnych zgadzają się zatem, jeżeli chodzi o gruźlicę części rodnych kobiety, co do małych ilości zarówno jedno- jak i wielorazowych naświetlań. Z punktu widzenia biologicznego można by te wnioski rozszerzyć na każde leczenie rozmaitych umiejscowień zakażenia gruźliczego. Ale biologia nie zawsze się zgadza z kliniką, a klinika nas uczy, że rozwój gruźlicy części płciowych podlega rozmaitym i licznym wpływom osobistym, które mają wielką doniosłość.

Największy wpływ ma bez wątpienia miesiączka: prawie we wszystkich wypadkach, gdzie miesiączka jest utrzymana, albo co gorzej wzmożona, wpływ okresu miesiączkowego wykazuje wyraźne pogorszenie w rozwoju choroby. Przez to nie chcemy oczywiście powiedzieć, żeby usunąć miesiączkowanie w gruźlicy części rodnych. Leczenie promieniami, jak i leczenie chirurgiczne ma na celu głównie utrzymanie czynności narządów płciowych. Ale utrzymanie albo przytłumienie czynności miesiączkowania musi być zawsze brane w rachubę przy wyborze dawki. Ten wybór musi się zmieniać w stosunku do wieku każdej chorej, w stosunku do ciężkości i rozszerzenia choroby, w stosunku do wpływu, który miesiączka wywiera na chorobę i jej charakteru itd. W ogóle wydaje nam się, że małe dawki należy stosować w wypadkach mniej poważnych, w których liczyć jeszcze można na środki obrony naturalnej albo w wypadkach poważniejszych, w których dawka zbyt duża mogłaby wywołać szkodliwe następstwa czy to przez zbyt szybki rozpad i chłonienie masy zapalnej, czy to przez zjawiska zatrucia wywołanego samymi promieniami.

Małe dawki podzielone mogłyby być używane w wypadkach tzw. zapobiegania po operacji. Przyjmując zasadę, że małe dawki podniecają siły histogeniczne i humoralne obrony, używane jako ich środka pomocniczego po operacji było by usprawiedliwione. W wypadkach średnio ciężkich, które w gruncie rzeczy stanowią większość szukających pomocy lekarskiej, wybór dawki przedstawia większe trudności. Jeżeli miesiączka jest jeszcze utrzymana, wtedy wybór dawki podlega warunkom samej miesiączki i jej wpływowi na przebieg choroby. Często wyniki leczenia promieniami, z początku doskonałe, psują się przez miesiączkowanie i utrzymująca się miesiączka bez wątpienia jest czynnikiem, który wywołuje nawroty i to dotyczy wszystkich procesów zapalnych narządów płciowych kobiety. Jeżeli chodzi o kobiety młode i bezdzietne, które pragną i spodziewają się ciąży, można by próbować dawek, prowadzących do czasowego wyjaławiania. Mówimy „próbować", bo dla żadnego procesu części rodnych kobiety nie jest tak trudno przewidzieć wynik na zmianę miesiączki, jak właśnie przy leczeniu promieniami. Przeciwnie, jeżeli chodzi o kobiety starsze i takie, które były matkami, wyjałowienie musi być brane pod uwagę, jeżeli istnieją jeszcze ogniska gruźlicy czynne o innym umiejscowieniu, a szczególnie ogniska w płucach; także gdy miesiączki stały się nieregularne i obfite, gdy zmiany anatomiczne narządów płciowych są tak rozległe i tak oporne, że powrót miesiączki budzi poważne obawy, albo gdy warunki ogólne są tak złe, że wymagają usunięcia na zawsze czynności jajników, aby przynajmniej zapobiec postępującemu wyniszczeniu.

Jeżeli nie mamy wskazówek wyraźnych dla wyjałowienia całkowitego, albo wyjałowienia czasowego, wtedy wybór dawki całkowitej i jej podział może być w dość szerokich granicach zawarty. W ogóle pewne umiarkowanie co do wielkości dawki i szybkości stosowania zalecane jest wtedy, jeżeli chodzi o postacie raczej ostre z gorączką mniej lub więcej wysoką i o sprawy zapalne raczej rozległe. W tych wypadkach wysoka dawka podana w krótkich odstępach mogłaby wywołać prawdziwą klęskę, jak świadczą pewne wypadki w piśmiennictwie, gdzie na skutek naświetlania zbyt silnego choroba rozwinęła się szybko i wywołała wylew ropy gruźliczej do trąbek i do jamy brzusznej, a nawet rozsianie prątków Kocha do krwiobiegu.

Jak długo leczyć promieniami X? Trudno na to pytanie odpowiedzieć dokładnie. I w tym razie odpowiedź musi być zależna od badań klinicznych bardzo ścisłych i długich, które są najczęściej wadliwe z powodu skłonności, którą mają liczne chore do usuwania się od wszelkiej kontroli, jeżeli poprawa zarówno miejscowa, jak ogólna się zaznaczy. Dla gruźlicy części płciowych należało by mieć oddziały osobne, w których obok ustawicznego nadzoru wykonywanego starannie, co do warunków miejscowych i ogólnych stosować by można wszelkie inne leczenia, jak fizyczne, dietetyczne, uzupełniając w ten sposób leczenie promieniami X.

Leczenie ambulatoryjne promieniami X często mija się z celem, ponieważ otoczenie chorych jest nieopowiednie dla choroby tak długiej i uporczywej. Takie otoczenie powinno być stworzone w specjalnych zakładach, wybranych w oznaczonych sanatoriach; tylko wtedy leczenie Roentgenem gruźlicy części płciowych kobiety mogło by przybrać pewną stałą postać, pewne jednolite wyniki, których dzisiaj nie możemy się spodziewać, nie dla braku środków leczniczych, ale z powodu braku należytej opieki i odpowiednich warunków społecznych.

Prof. Dr Guido IZAR. Messyna.

Amebiazy pozajelitowe.

Z Kliniki Lekarskiej Kr. Uniw. w Messynie.
Dyrektor: Prof. Dr Guido Izar.

Można określić amebiazę jako chorobę wynikłą z przedostania się *entamoeba histolytica* do ustroju ludzkiego; wywołuje ona nie tylko kiszkowe objawy, ale i inne, dotyczące narządów, do których się przedostaje. W każdym razie z wyjątkiem tych wypadków, gdzie przenikanie pasożyta nie jest znane albo niepewne, kiszka gruba jest zazwyczaj organem dotkniętym, w którym *entamoeba histolytica* umieszcza się i rozmnaża a potem przenosi się do innych narządów, mniej lub więcej oddalonych.

W a l k e r pierwszy współcześnie i niezależnie ode mnie w roku 1913 wykazał przenikanie jej do jelita i zaznaczył, że to jest początek choroby, który może wszelako dosyć często nie pociągać za sobą objawów chorobowych, i w ten sposób wnikanie pasożyta do ustroju może ujść uwagi i uszkodzenie innych tkanek uchodzić może za pierwotne. Są jednak stany pośrednie między tymi dwiema skrajnościami, gdzie umiejscowie-

nie pierwotne jelitowe wywołuje pewne zjawiska reakcji u zakażonego osobnika, dając obraz choroby tak osobliwej, że przypisywać go można innym czynnikom a nie *ent. histol.* Przejście *ent. histol.* pod śluzówki jelitowe do ogólnego krążenia następuje najczęściej przez żyłę wrotną. Wątroba zazwyczaj wstrzymuje pasożyta, który się tam rozwija i wytwarza znane postacie zapaleń wątroby, ostre albo przewlekłe. Ale granica wątroby może być przekroczona i być punktem wyjścia innych przerzutów *ent. histol.* Z konieczności pasożyt napotyka przeszkodę w płucach i tu może wytworzyć cały szereg uszkodzeń, począwszy od zapalenia oskrzeli aż do wrzodu płuc. W następstwie i filtr płucny może przepuszczać pasożyty i stać się ogniskiem innych przerzutów. Wtedy następuje zakażenie krwi *(l'amibemie)*, w ścisłym znaczeniu, z rozwojem ognisk w innych narządach, jak mózg, śledziona i serce. W wyjątkowych razach pasożyt przenika drogą limfy zamiast drogą żyły wrotnej. Wtedy zakażenie nie dotyczy wątroby i raczej płuco a potem ogólne krążenie podlega *ent. histol.* Jeszcze rzadziej przenika pasożyt w obwodowe krążenie żylne, które poprzedza etap płucny tworzący się za pośrednictwem żył hemoroidalnych.

Używając terminologii Petzetakisa możemy mówić o amebach krwi, które są zwiastunem umiejscowień w narządach miąższowych. Ten stan jest szczególny, bo naczynia są tu tylko drogą przenoszenia i nigdy nie są miejscem rozmnażania się pasożytów na wzór drobnoustrojów. Obok tych przenikań odleglejszych możemy przyjąć przenikanie *per continuitatem* albo przez sprawy zapalne i wynikłe z nich rozszerzenie dróg limfatycznych.

Jakakolwiek byłaby droga pasożyta, umiejscowienie pozajelitowe może być uważane jako sprawa zakaźna ogólna, przyjmująca kolejne postacie, które w następstwie mogą się przejawić we wszystkich narządach i we wszystkich tkankach; podobnie jak kiła, której pierwotny okres choćby utajony jest jedynym dowodem reakcji tkanek na punkt wejścia, tak i przy zakażeniu pierwotniakami urazy jelitowe wskazują tylko punkt wejścia. Jeżeli zniknie kilak pierwotny i reakcja pierwsza jelitowa wywołana przez ameby, zakażenie przez to nie może być uważane za usunięte. Przeciwnie, wtedy dopiero zaczyna się choroba pasożytnicza z licznymi objawami zależnymi od umiejscowienia. I jak kiła systemu nerwowego lub wątroby uważana jest za objaw procesu zakaźnego a nie za powikłanie, tak samo zapalenie wątroby, wysięki w mózgu lub w stawach złączone z pasożytniczą chorobą są istotnymi objawami sprawy chorobowej, związanej z wniknięciem pierwotniaków do ustroju.

Poza drogami jelitowymi, w których obecność zmian pasożytniczych tłumaczy ich wniknięcie, spotykamy zmiany w oskrzelach i musimy przyjąć, że torbiele, które tam się znajdują są miejscem uprzywilejowanym dla rozwoju i zmian w postacie ruchliwe, które zachowują się na śluzówce oskrzelowej w ten sam sposób, jak na śluzówce jelitowej, to znaczy wnikają i rozmnażają się.

Trudniej jest wykazać, że zarazek pasożytniczy dostaje się do pęcherza moczowego inną drogą, jak drogą krwi, wyjąwszy oczywiście wypadki przenikania *per continuitatem* z jelita grubego albo przez przetoki jelitowo-pęcherzowe. Trudniej wykazać, bo we wszystkich innych przerzutach według Dobela za wyjątkiem przerzutów oskrzelowych nie spotykamy postaci torbielowych, a przy pęcherzowych schorzeniach postacie te się zdarzają i jak wykazał Tarro u osesków, pasożyt tworzy gniazdo w ścianie pęcherza i zachowuje się w jego tkankach, jak w tkankach jelitowych. Można się zgodzić, że pasożyt wnika do pęcherza drogą limfy albo drogą krwi, przez anastomozy z żyły hemoroidalnej średniej z żyłą pęcherzową tylną wtedy, kiedy zaczyna się proces pasożytniczy we krwi. Trudno natomiast przyjąć przypuszczenie Pirami'ego, który przyjmuje przenikanie pasożyta wprost przez drogi moczowe zewnętrzne.

Umiejscowienie w wątrobie pasożytów, o których mowa, jest dosyć znane i nie ma w sobie nic szczególnego. Ograniczymy zatem nasze badania do innych form amebiazy pozajelitowej od najrzadszych aż do najczęstszych, rozważając dłużej tylko te, które więcej na uwagę zasługują.

Amebiaza skóry i powłok śluzowych jest niezmiernie rzadka. Najliczniejsze wypadki są niepewne. Uważam ją nie jako przerzut, lecz raczej rozszerzenie się amebiazy *per continuitatem (fagedenisme cutané amebique* Egmann Mellenney et de Marwitz von Steenis).

Amebiaza i owrzodzenia śródmięśniowe obserwowane przez Sarpa i Morisona.

Mastite amibienne opisana przez Panayotatu.

Amebiaza stawów zniekształcająca. Przypadek mało przekonywujący, pomimo pięknych rysunków Kofoida i Swezy.

Amebiaza części rodnych, jako schorzenie trąbek (Menotier), *jajników* (Williamson), *jąder* (Wartin et Hines). Przypadek Hinesa interesujący z powodu obecności ameby w nasieniu.

Amebiaza nerki: rzadkie wysięki rozpływające się; zajmuje ona mniej więcej 1% wszystkich wypadków w statystyce Gaide et de Sambuci; wyjątkowe są wypadki zakażeń wstępujących szczególniej podane przez Carbonare i Panayotatu.

Amebiaza narządu krążenia jest zazwyczaj urazem wyjątkowym, przedstawiającym się bądź jako uszkodzenia wśródsierdzia (Farmachidis), bądź jako zmiany osierdzia i mięśnia sercowego, bądź wreszcie jako uszkodzenia powstałe przez przeniesienie spraw osierdziowych, zdarzających się w schorzeniach przepony lub nacieków wątroby z przebiciem do osierdzia tych nacieków (Scuderi).

Amebiaza śledziony zdradza się jako mierne obrzmienie prawie zawsze w razie amebiazy wątroby, należy więc przyjąć, że śledziona bierze udział w sprawach wątrobowych, nawet jeżeli sama nie jest siedliskiem zakażenia pasożytem. Zakażenia te, aczkolwiek rzadkie, są przecie częstsze niż zakażenia nerek, choć i zajęcie śledziony pierwotne należy do wyjątków. Umiejscowienia w śledzionie są następstwem zapaleń rozlanych wątroby, które z lewego płata drogą zrostów mogą się rozszerzać. Najczęściej tworzą się powoli, choć w wypadkach Cordier'a i Putzu sprawa miała przebieg ostry.

Amebiaza dróg limfatycznych dotyczy gruczołów krezkowych, zarówno u człowieka z umiejscowieniem w wątrobie (Job i Spik), jak i u zwierząt sztucznie zakażonych. Flu opisuje wypadek, w którym amebiaza wywołała obraz podobny do tego, jaki widzimy po zajęciu narządów wewnętrznych. Obrzęk gruczołowy Flu byłby przykładem *lymphogranuloma* i byłby ziarnicą limfatyczną brzuszną, którą opisali w 12 lat potem Kofoid, Swezy i Boyers a ostatnio Gunn i Howard.

Niedawno przedstawiłem pierwszy przypadek *amebiazy mózgu* we Włoszech, a ósmy w Europie i — o ile mi wiadomo — 57 w piśmiennictwie światowym. Liczby te maleją, jeżeli ograniczymy je do tych, które nie dotyczą wypadków, w których sprawa mózgowa nie była związana z istniejącym procesem jelitowym lub wątrobowym. Ograniczamy wypadki te do tych, w których wykazano obecność pasożytów w wysiękach. Ilość spostrzeżeń zeszłaby wówczas do 12. Ta rzadkość umiejscowienia tłumaczy się przeszkodami, które napotyka zator na swojej drodze. Z 57 obserwacyj — 54 wylewów w mózgu było skutkiem umiejscowienia w wątrobie lub wątrobowo-płucnego, tylko jeden wypadek dotyczył umiejscowienia płucnego. W dwóch innych wypadkach Valassopaulo (1894 r.) amebiazy, jak i w wypadku drugim Vierecka (1897 r.) ognisko pierwotne znajdowało się tylko w jelitach.

Amebiaza mózgowa jest najczęściej niespodzianką przy autopsji, można się jej spodziewać, jeżeli objawy mózgowe powstają w czasie zaburzeń w wątrobie z powodu umiejscowienia ameby.

Amebiaza pęcherza. Przytaczałem amebiazę nerkową podawaną przez Panayotatu i Carbonaro, jako wstępujące nerczyce, wywołane przez krwotoczne zapalenia pęcherza. Można by do nich dorzucić liczne wypadki współczesnego piśmiennictwa, chociaż Dobell ostrzega nas co do nich, przyjmując jako pewne tylko podawane przez Baelza, Fischera, de Waltona i ostatnio Petzetakisa. Zapalenie pęcherza amebowe ilustrowane było w ostatnich czasach szczególniej po artykułach Petzetaki'ego, wypadkami nowego gatunku *entameby* a mianowicie *entamoeba polimorpha.* Pomiędzy włoskimi autorami przytaczamy Franchini, Ventura, de Pirami, de Matei, de Moschini, de Pense, który opisuje jeszcze jeden gatunek *entamoeba vesicalis.* Jeżeli przyjmiemy zapalenie pęcherza na tle amebowym, które zazwyczaj przebiega jako *cystitis haemorrhagica,* to przecież należy wytłumaczyć kilka punktów niejasnych i sprzecznych. Po pierwsze, czy *entamoeba histolytica* jest tym samym co *amoeba polimorpha* i *entamoeba vesicalis.* Co do mnie uważałbym, że tak, z powodu bardzo zbliżonego wyglądu, mało bowiem znaczą różnice objętości torbieli albo drobne zmiany w położeniu jądra albo wreszcie mniejsza lub większa wyraźność jądra samego. Trudniej jest wytłumaczyć wisku względnie kwaśnym, ale żyje, jeżeli tylko w środowisku kwaśnym, ale jest to tylko pozorny zarzut. Kwasota czynna (pH) moczu waha się pomiędzy 3 a 6,5. Otóż według badań Tanabe i Chiba na pożywkach w obecności asparaginy *ent. hist.* rozwija się obficie aż do czwartego dnia, kiedy pożywka już ma pH 5,7. Zatem *ent. hist.* nie tylko rozmnaża się szybko w środowisku względnie kwaśnym, ale żyje, jeżeli tylko w środowisku tym znajdują się pewne ciała Tanabe i Chiba, jak aspara-

gina, albo ciała odżywcze, jak ziarnka skrobii. Pozostaje jeszcze brak chłonienia ciałek czerwonych. Podkreśliłem to, że w dwóch wypadkach amebiazy pęcherzowej, oglądanych przeze mnie *ent. hist.* zawierała ciałka czerw., jak w wypadkach Carbonaro, Pirami i Venturo i podkreślam, że na podłożu Boecka i Drbohlawa z dodatkiem krwi *ent. hist.* zdolna jest chłonąć ciałka czerwone poprzednio wymyte rozczynem fizjologicznym albo ogrzane do 56° przez 30 min. (Poindexter), a ta sama *ent. hist.* rosnąca na pożywce Musgrave traci zdolność pochłaniania krwinek. I tu mamy do czynienia ze zmianami biologicznymi związanymi ze środowiskiem.

Amebiaza narządów oddechowych występuje jako zapalenie opłucnej w czystym znaczeniu, czyli amebiaza opłucnej, schorzenie bardzo rzadkie, którego typowy przykład stwierdzony przez operacje i oględziny przytoczył niedawno Dr Scuderi. Dalej jako wysięk wątrobowy i płucny do opłucnej, z następowym zapaleniem opłucnej, dalej odczyny płucno-opłucnowe, które się widzi w czasie amebiazy wątrobowej albo płucnej; wreszcie oskrzelowe amebiazy i oskrzelowe zapalenie płuc na tle amebiazy odkryte dzięki badaniom Petzetakisa i potwierdzone przez Panayotatu, Franchini, Haberfeld, Peyrot, Casstex, Yolussi, Massias, Paillard itd. W obozie przeciwników znajduje się tylko Brumpt, który, zdaje się, nie zna mikrotofotograficznych danych Petzetakisa i innych autorów i tego faktu jeszcze bardziej ważnego, że można plwocinami zawierającymi *ent.* wywołać u młodych kotów amebiazę doświadczalną.

Objawy kliniczne są bardzo różne. Spotykamy w przypadkach przytoczonych anginy albo objawy oskrzelowe z wysoką gorączką, dreszczami, bólami głowy, bólami krzyża i bezsilnością. Czasami okres początkowy ma w następstwie zaburzenia kiszkowo-jelitowe, przy czym objawy ze strony narządów oddechowych trwają i wzmagają się; występuje kaszel z początku suchy, z uczuciem łechtania w gardle, potem z obfitą lepką, śluzowatą plwociną, czasami krwawą, w której obok komórek nabłonkowych i składników krwi znajdujemy zawsze bądź postacie torbielowate, bądź postacie ruchome *ent. hist.*, zawsze obfitujące w składniki krwi. Często widzimy krwioplucia, chociaż o małym nasileniu. Nadto stwierdza się rzężenia rozsiane, trudności w oddychaniu, czasami ogniska płucno-oskrzelowe, które mogą rozwijać się w postacie przewlekłych zapaleń oskrzeli, albo dawać wysięki płucne. Jednoczesne umiejscowienie w wątrobie spotyka się często. Badanie promieniami Roentgena wykazuje przyćmienie w płucach z ogniskiem zagęszczonym lub nie. W licznych wypadkach zapalenie pęcherza z *ent.* w moczu.

Przerzuty płucne nazwane niewłaściwie wrzodami płucnymi wywołanymi przez *ent. hist.* stanowią jeszcze jeden obraz zbyt dobrze znany, aby go specjalnie podkreślać, choć spotykamy go w wyjątkowych razach w okresie początkowym. Może być i następstwem przerzutu jelitowego lub wątrobowego, ale może się rozwijać w czasie rozsiania ameby we krwi. Przerzuty wywołują zazwyczaj wysięk jedyny, natomiast w drugim wypadku mamy wysięki liczne. Najczęściej chorzy udają się do nas, kiedy przerzuty już otwarte dają obraz kliniczny mieszany, *ent.* z drobnoustrojami i rozpoznanie opiera się raczej na objawach towarzyszących, niż na danych bezpośrednich.

Zapalenie pęcherzyka żółciowego na tle amebiazy opisane po raz pierwszy przez Valassopoulo i z kolei potwierdzone przez Crawell, Gunn, Gillmann, Boyers, Kofoid, Swezy, Risgalla, Tanon, Trabaud, Ismail itd. Rozpoznanie zapalenia woreczka żółciowego pasożytniczego opiera się na następujących danych: 1) objawy *cholecystitis* u osobnika podejrzanego albo dotkniętego zapaleniem jelitowym pasożytniczym w rzeczywistości; 2) obecność *ent.* w płynie wydobytym przy sondowaniu dwunastnicy; 3) dowodem *ex iuvantibus*, to jest ustąpienie po emetynie lub stowarsolu. Autorowie amerykańscy dodają do tego obecność *ent. hist.* w śluzówce woreczka żółciowego, wyciętego przez chirurga. Mamy zatem wszystkie dane dla wykazania istotnego zapalenia na tle amebiazy. Różnica w zapatrywaniach Petzetakisa i autorów amerykańskich a naszej szkoły (Izar, Scuderi, Sfameni) polega na wątpliwości, czy urazy pęcherzyka mogą istnieć jako postać szczególna bez względu na umiejscowienie w wątrobie, czy też to zapalenie pęcherza jest tylko powikłaniem albo następstwem zapalenia wątroby poprzedzającego albo towarzyszącego. Nie mamy żadnych danych, które by jedno lub drugie zdanie potwierdzały, bo wszystkie mogą przemawiać za jednym i drugim. Kładziemy nacisk na dwa główne fakty: 1. Trudno zrozumieć, jak pasożyt umieścić się może wyłącznie w jednym narządzie tak małym i mało unaczynionym w toku amebiazy ogólnej. 2. Wiemy, że żółć rozpuszcza *ent. hist.* Przypuszczamy zatem, że *cholecystitis* może istnieć tylko wskutek umiejscowienia wątrobowego *ent.* i tylko wtedy, kiedy żółć jest o tyle zmieniona, że może utrzymać żywotność i jadowitość *ent. hist.* Wierzymy także, że *ent. hist.* dostaje się do woreczka żółciowego drogą żółciowo-zstępującą i tylko wyjątkowo *per continuitatem* albo przez wątrobę.

Po tym krótkim przeglądzie umiejscowienia pozajelitowego *ent. hist.* musimy przyjąć, że amebiaza jest chorobą ogólną, która objawiać się może we wszelkich narządach i tkankach, że ma przebieg przewlekły i że musi być brana pod uwagę w rozmaitych schorzeniach, jako postać kliniczna zatrucia białkiem *(proteiforme)*, którą może przybierać.

Leczenie przerzutów tzn. urazów wtórnych po umiejscowieniu pierwotnym, określonym przez brak postaci torbielowych, polega jedynie na podawaniu emetyny. Podnoszę ten szczegół jako leczenie postaci beztorbielowej, ponieważ emetyna jest środkiem wybitnym w postaciach ruchomych a staje się bezsilną w postaciach otorbionych. Ograniczę się do schematycznego wyliczenia podstaw zasadniczych, które są owocem dwudziestoletniego doświadczenia i nie wymagają szczególnych objaśnień. 1) Im wcześniejsze jest leczenie, tym nadzieja wyleczenia jest większa. 2) Droga śródżylna podawania emetyny w wypadkach ostrych daje nadspodziewane wyniki. 3) Używać trzeba dawek stosunkowo dużych, tj. ilości alkaloidu ustalonego odpowiadającego 1,5 ctg na kg wagi w czasie stosunkowo krótkim, mniej więcej dziesięciodniowym. 4) Poprawa i zniknięcie objawów nie jest jeszcze wyleczeniem. 5) Badanie systematyczne kału po środkach przeczyszczających upewnia nas tylko o umiejscowieniu jelitowym *ent. hist.* 6) Użycie emetyny jest niedozwolone w tych warunkach fizjologicznych i patologicznych, w których mięśnie gładkie są w stanie niedowładu *(meiopragie)*, w ciąży, miażdżycy, zapaleniu mięśnia sercowego i nerczycy. 7) Leczenie emetyną wspierane jest przez użycie środków przeczyszczających mineralnych i leczenie objawowe wzmacniające. Stowarsol i inne środki arszenikowe używane są w okresach niepodawania alkaloidu.

I. WUGMEISTER. Mediolan.

Czy przerost stercza jest chorobą hormonalną.

Nie ma postępu bez hipotezy
Murry.

Zagadnienie przyczyny przerostu stercza było od pewnego czasu usuwane z dyskusji, jako pytanie, na które nie można dać jeszcze stanowczej odpowiedzi. Prace, które się od czasu do czasu ukazywały, nie przyniosły dowodów dostatecznych do rozstrzygnięcia tej sprawy. Zadawalniano się powtarzaniem zdania Brodie: „kiedy włosy siwieją i rzedną, miażdżycowe złogi zalewają tętnice, kiedy biała obwódka zjawia się wokoło rogówki, w tym samym czasie stercz zazwyczaj, a mógłbym może powiedzieć zawsze, powiększa swą objętość".

W ostatnich 4—5 latach sprawa na nowo stała się bardzo aktualna. Przyczyna leży w rozwoju endokrynologii, który spowodował wyjaśnienie licznych spraw, uważanych dawniej za niewyjaśnione. Odkrycie hormonów jajnika i jądra, badania zależności wzajemnej gruczołów podniosło zainteresowanie badaczy. Sądzę, że warto wyłożyć zapatrywania osobiste na sprawę badaną współcześnie. Suma obserwacji, rozważań i poszukiwań zbliżyć nas może do rozwiązania pytania o wielkiej doniosłości.

Liczni badacze słusznie pytali, czy przerost stercza nie jest chorobą hormonalną. Jest dużo powodów, które za tym przemawiają: wiek, w którym powstaje i który odpowiada okresowi rozpoczynającemu schyłek organiczny a szczególnie płciowy; wyniki doświadczeń, wykonanych na zwierzętach i obserwacji na ludziach wykazały czynność podniecającą hormonów na stercz i na pęcherzyki nasienne.

Zapatrywanie ogólne przyjmowało, że przerost stercza jest chorobą starości i starano się opóźniać ten zanik ustroju ludzkiego. Zastrzykiwania wyciągów jąder, przeszczepianie jąder, podwiązywanie przewodów odprowadzających miało na celu podnieść wydzielanie wewnętrzne. Ostatnio wymieniona operacja znalazła entuzjastów, wypróbowana była na wielką skalę w całym świecie, ale wyniki trzeba raczej nazwać ujemnymi (Fey i Dossot) poza poprawą ogólnego stanu, która czasami jest widoczna. Miejscowe warunki zostają takie, jakie były. Sądzę, że oprócz kilku entuzjastów, którzy tych sposobów bronią, znajdzie się mało urologów, którzy by operację tę chorym polecali. W ostatnich czasach po odkryciu androsteronu czystego, zaproponowano wstrzykiwanie tego hormonu, żeby usunąć albo wstrzymać przerost stercza. Za radą Laquer'a i van Cappellen'a

zaczęto próby wstrzykiwania chorym, szczególniej w początkach hombreolu (androsteron czysty) w ciągu kilku tygodni. Wyniki wydały się dobre w większości wypadków, inne publikacje potwierdziły opinię van Cappellen'a.

Doświadczenia De Jongh Kenna Way, Burrows, Lacassagne, zdają się wykazywać, że wstrzykiwanie wielkich ilości folikuliny może wywołać u myszy po pewnym czasie zatrzymanie moczu. Wstrzykiwanie równoczesne folikuliny i hormonu męskiego było bez wpływu. Trzeba by przyjąć, że badania (Allen i Doisy, Fellner, B. Zondek, Achner, Hart, Dingenanse i Butenandt itd.) wykazały stałą obecność w ustroju męskim folikuliny a u kobiet hormonu męskiego. Wyniki tych doświadczeń pozwoliły de Jongh sformułować teorię bardzo przekonywującą o patogenezie przerostu stercza. Polegałaby ona na zachwianiu równowagi pomiędzy dwoma hormonami folikuliną i androsteronem, które spotykamy w ustroju. Ta nierównowaga wynika wskutek raptownego zmniejszenia się czynności dokrewnych jąder. Przewaga folikuliny wywołuje przerost gruczołów przy cewce moczowej, przerost, który ma jakoby zastąpić niedomogę jąder. Aby te teorie poprzeć, przypomina się pochodzenie embriologiczne tej części dróg moczowych: *utriculus prostaticus*, ostatnia pozostałość przewodu Müllera u mężczyzny, który się rozwija u kobiety na macicę i pochwę podległą działaniu folikuliny, co odpowiadało by bodźcom części rodnych kobiety; stąd wynikało by pierwotne ognisko przerostu stercza. Innymi słowy przerost stercza byłby rodzajem nadżeńskości ustroju (hiperfeminizacji).

Ta teoria może jest zajmująca, ale opiera się na fałszywych podstawach; pierwsze twierdzenie tyle razy powtarzane, że przerost stercza jest chorobą wieku starczego jest fałszywe; jest ona raczej chorobą wieku dojrzałego. Następstwa odczuwa się w kilka lat a czasem i dziesiątki lat po wieku przedstarczym, ale początek widzi się w wieku, kiedy siły mężczyzny są na szczycie. Pomiędzy 40—50 rokiem życia mężczyzna jest na szczycie swoich własności fizycznych i moralnych, płci jego właściwych i na szczycie rozwoju. U licznych mężczyzn w tym wieku można spotkać przy cystoskopii obecność małych naczyniaków w szyjce pęcherza, które trudno wykryć badaniem przez odbytnicę (niedawno widziałem człowieka 34-letniego, u którego badanie przez odbytnicę wykazało typowy przerost stercza a cystoskopia 3 naczyniaki w szyjce pęcherza).

M. Marion słusznie podnosi „co do roku, w którym poczyna się przerost należy odróżnić wiek występujących zmian anatomicznych, które są istotą przerostu stercza i wiek, w którym te zmiany się przejawiają w jakichkolwiek zaburzeniach" zmuszających chorych do szukania porady. Żeby ocenić wpływ czynnika w chorobie, trzeba szukać początków anatomicznych choroby a nie jej przejawów klinicznych.

Otóż jeżeli się przyjmie teorię de Jongh, należy przypuścić, że przekwit płciowy mężczyzny zaczyna się w okresie, kiedy ustrój cały zdaje się dochodzić do szczytu rozwoju męskości. Powtóre, żeby przyjąć, że przerost stercza jest rodzajem reakcji męskiej przeciw przewadze hormonu żeńskiego, należy dowieść, że albo budowa przerosłego stercza jest zbliżona histologicznie do budowy jądra, albo dać dowód biologiczny, że wyciągi naczyniaków mają podobny wpływ, jak wyciągi jąder. Otóż ani jedno ani drugie nie dało się wykazać. Z drugiej strony rozważanie, że *utriculus prostaticus* jest resztą embrionalną kanałów Müllera odpowiadających pochwie i że powinien odpowiadać na wpływ folikuliny przez przerost i utworzenie pierwszego ogniska przerostu jest zupełnie niesłuszne. *Utriculus* nigdy nie bierze udziału w przeroście i zawsze zostaje poniżej gruczolaka. Co zaś do zatrzymania moczu wywołanego u myszy, to budowa okolicy cewkowo-sterczowej jest inna u tych zwierząt, niż u człowieka. W dziedzinie endokrynologii trzeba być niezmiernie ostrożnym w przenoszeniu wyników doświadczeń na ustrój ludzki. Wreszcie przeciwko teorii przewagi folikuliny przytoczyć można doświadczenie: *wstrzykiwanie* folikuliny nawet w wielkich dawkach żadnego przerostu i zaostrzenia stanu nie wywołuje.

Chciałbym tu wyrazić przypuszczenie patogenezy przerostu stercza, sądzę, że prace moje, będące w toku, usprawiedliwią przesłanki, które chcę wyłożyć. Jak wyżej mówiłem, doświadczenia wykazały, że w ustroju mężczyzny istnieje zawsze folikulina, jak w ustroju kobiety hormon męski. Prace Zondeka, Kallas, Dahlberg, Ehrhardt, Mahnert, Sigmund itd. wykazały, że folikulina wywiera wpływ hamujący na przysadkę mózgową, wydaje się także, że folikulina ma także jakiś wpływ anty-męski. Fichera wykazał w roku 1905, że wytrzebienie wywołuje zmiany wybitne w przednim płacie przysadki: znaczne powiększenie komórek kwasochłonnych i pojawienie się budowy charakterystycznej dla przysadki wytrzebionych. Można wywołać cofanie się tych zmian przez wstrzykiwanie folikuliny. Wedle zapatrywań Hohlwega i Dohrna, te zmiany w przysadce są równorzędne z nadmiernym wytworzeniem hormonu gonadotropowego: zastrzyknięcie folikuliny wywołuje znikanie komórek kwasochłonnych i wstrzymuje nadprodukcję hormonów gonadotropowych.

Innymi słowy istnieje rodzaj równowagi folikuliny i przysadki mózgowej: jeżeli folikulina się zmniejsza, hormony gonadotropowe się powiększają, a kiedy się zwiększa, maleją. W ciągu przekwitania następuje rzecz podobna (Zondek), istnieje okres pierwszy nadprodukcji folikuliny; w tym okresie następuje na krótko brak czynności jajnika, który doszedłszy do granicy swego życia fizjologicznego przestaje działać. Wreszcie, co dla nas jest bardzo ważne, w trzecim okresie po śmierci fizjologicznej jajnika, przysadka mózgowa zaczyna wydzielać do krwi olbrzymią ilość gonadostimuliny. Ta nadczynność może trwać latami. W tej nadczynności jest wpływ fizjologiczny bardzo wyraźny: przysadka mózgowa stara się podniecić usilnie jajnik, ale to podniecenie jest próżne, okres fizjologiczny jajnika skończył się i czynności zgasły na zawsze.

Prace Felsa, B. Zondeka, H. Zondeka Steinacha, Kuhna itd. wykazały, że hormon gonadotropowy przysadki wywiera wpływ podniecający, bardzo wyraźny na stercz i komórki nasienne, że czynność ta okazuje się w jądrach szczególniej na komórkach śródmiąższowych, których ilość wzrasta.

Dla etiologii przerostu stercza, sformułowałbym tę hipotezę: komórki przeznaczone do wydzielania folikuliny mają to samo pochodzenie embrionalne u mężczyzny co u kobiety i ten sam cykl czynności fizjologicznej; w tym samym okresie u obu płci pomiędzy 40 a 50 rokiem życia, w wypadkach wyjątkowych nawet wcześniej komórki te przestają być czynne. Przysadka mózgowa nie hamowana przez folikulinę wytwarza wielką ilość gonadostimuliny. Te gonadostimuliny, prolan A i B albo tylko B, wywierają wpływ na jądra i narządy przydatkowe. Wynika z doświadczeń Felsa, że jądro podlega zmianom budowy, ale nie powiększa objętości, natomiast stercz i pęcherzyki nasienne znacznie się powiększają. *Mechanizm przerostu stercza jest wedle mego zdania następujący: ustanie wytwarzania folikuliny przez śmierć fizjologiczną komórek wytwórczych; nadprodukcja hormonów gonadotropowych przedniej przysadki; przerost przydatków narządów płciowych.*

Trzeba jednak rozjaśnić pewną sprawę, dlaczego ten przerost ogranicza się do gruczołów periuretralnych a nie dotyczy stercza. Zupełnie nie jest pewne czy płaty boczne pochodzą zawsze z gruczołów podśluzowych, wg Chevassu są one pochodzenia sterczowego.

Wydaje się z doświadczeń dotąd przeprowadzonych, że prolan podnieca narządy płciowe jeszcze nierozwinięte albo niezupełnie rozwinięte. Zadaniem jego było by wywoływać dojrzewanie (np. wpływ prolanu na zstępowanie jąder przy *cryptorchismus*). Między narządami przydatkowymi najmniej rozwinięte są gruczoły periuretralne; jeżeli porównać budowę gruczołów stercza w ścisłym znaczeniu, które są gruczołami gronowo-kanalikowymi, dobrze rozwiniętymi z gruczołami periuretralnymi, które są zwykłym wgłębieniem śluzówki cewki moczowej wysłanej nabłonkiem, to ma się wrażenie, że ostatnie są jakby wstrzymane w ich rozwoju płodowym. Jeżeli okres nadmiernego wydzielania prolanu jest krótki, wtedy gruczolak mało się rozwija i nie przeszkadza w moczeniu, ale jeżeli nadczynność przysadki trwa długo, jak to czasem zdarza się u kobiet w czasie przekwitania, wtedy bodziec wywołuje przerosty wielkie. Jeżeli przerost stercza się rozwinie to *inne czynniki* się przyłączają, jak przekrwienie, zastój, zmiany miażdżycowe, zapalenie, które przyspieszają albo wikłają chorobę. Przerost stercza byłby tedy brakiem równowagi hormonalnej, która wygląda na rodzaj „przemężczyźnienia" *(hipervirilisation) ustroju*. To przypuszczenie tłumaczyło by liczne zjawiska, dotąd niewyjaśnione: utrzymanie u chorych czynności płciowych i wytwórczości plemników; względna szybkość, z jaką rozwija się przerost u jednostek młodszych (obecność wielkiej ilości gonadostimuliny). Powolność tego rozwoju u ludzi starszych (stopniowe zmniejszenie ilości gonadostimuliny); niepowodzenie operacji Steinacha, bo podniecając komórki śródmiąższowe tym bardziej „umężczyźnia" ustrój, wyniki dodatnie zawdzięcza się może poprawie ogólnej, albo przekrwieniu obwodowemu (wg Steinacha). Wreszcie dodajmy do tego, że czynnik przeciw-męski folikuliny tłumaczyłby to przypuszczenie i jego dodatni wpływ na przerost stercza.

Kierowany tymi rozważaniami chciałem spróbować leczenia przerostu stercza folikuliną. Spostrzeżenia moje są nieliczne (9) i okres leczenia nie pozwala na stanowczy sąd, ale wyniki otrzy-

mane w niektórych wypadkach są tak zachęcające, że zdecydowałem się na ogłoszenie tych notatek.

Zacząłem od zastrzykiwań małych ilości folikuliny (500 jedn. m.) trzy razy na tydzień; nie mając żadnych wyników podniosłem powoli dawkę, doszedłem w niektórych wypadkach do 250.000 jedn. m. (UI) nie wywołując zaburzeń. Poprawę zauważyłem dopiero po większych dawkach. Jak wyżej wzmiankowałem, przerost stercza zależny jest od przewagi folikuliny i wstrzykiwanie tak wielkich dawek powinno by wywołać wybitne pogorszenie choroby. W rzeczywistości stało się przeciwnie, częste oddawanie moczu zmniejszyło się, struga moczu była silniejsza i opóźnienie w oddaniu moczu mniej przykre. Dla próby wybrałem wypadki typowe: równomierne stercze, twardości jednolitej, bez guzków, bez bruzdy i otworów, często przez cystoskopię sprawdzone. Niektórzy z tych chorych przeszli poprzednio inne leczenie, zgłębnikowanie, rozszerzenie, masaż, diatermię, wstrzykiwanie antrosteronu (hombreol, prowiron, erugon).

Oto dwa spostrzeżenia charakterystyczne:

1. Ant. S., lat 64, od trzech lat trudne wydzielanie moczu, strumień wąski, wydzielanie opóźnione, częste wydzielanie nocne (3—6 razy), czasami częste wydzielanie w ciągu dnia, pozostałość moczu 45 g. Mocz przeźroczysty, badanie przez odbytnicę wykazuje stercze średniej wielkości, gładkie o twardości dobrej bez bruzdy środkowej. Chory otrzymuje 20 zastrzyków prowironu, w całości 1000 j. w 2 okresach i 12 zastrzyków hombreolu po 20 jedn., bez żadnego wyniku. Po 2 miesiącach zastrzykuję folikulinę dwa razy tygodniowo przez 4 tygodnie 50.000 jedn., potem 250.000 jedn. raz na tydzień przez 4 tygodnie. Wyniki były zadziwiające. Częstość wydzielania moczu zmniejszyła się aż do jednego razu w ciągu nocy, strumień stał się silniejszy i opóźnienie mniej wyraźne. Badanie przez odbytnicę nie wykazało większych zmian co do twardości, tylko raczej gruczoł stał się jakby mniejszy, szczególniej w zakresie bruzdy. Chory czuje się podmiotowo dobrze.

2. P. B., lat 57. Zaburzenia w moczeniu od 2 lat. Częste oddawanie nocne (6—7 razy), strumień wątły, poza tym strata energii, bóle głowy, pozostałość moczu 80 g. Mocz przeźroczysty. Przy badaniu przez odbytnicę przerost typowy. Cystoskopia wykazuje tylną część szyjki zniekształconą przez trzy małe gruczolaki. Przedni brzeg szyjki odwrócony, V typowy. Chory był leczony przez rok zgłębnikowaniem, przemywaniem, masażem, bez wyraźnych wyników. Leczenie: erugonem, hombreolem, prowironem bez wyniku. Chory w ciągu 5 miesięcy żadnych leków nie używał. Wreszcie wraca z zaburzeniami jeszcze bardziej zaznaczonymi. Zapisuję wówczas folikulinę, jak poprzedniemu choremu. W kilka dni po zastrzyku trzecim 250.000 jedn. chory się zgłasza i donosi mi o wielkiej, raptownej poprawie. Wydzielenie w nocy zmniejszyło się do 2 razy zamiast 5—6. Czuje się lepiej. Bóle głowy ustały. Po 2 miesiącach takiego leczenia powtarzam badanie: przez kiszkę odbytową czuję ze zdziwieniem, że bruzda środkowa istnieje na nowo, a gruczoł krokowy stał się mały i miękki. Cystoskopia wykazuje jeszcze istnienie trzech gruczolaków, ale warga przednia szyjki ma postać V bardzo spłaszczoną.

Liczba chorych jest mała, ale zjawiska są wyraźne. Ci dwaj chorzy mieli wyniki najlepsze, 7 innych mniej wyraźne, choć wcale dobre.

Zdecydowałem się ogłosić te spostrzeżenia, bo wierzę, że każdy pomysł i spostrzeżenie może posłużyć do wyświetlenia sprawy przerostu stercza i powinno być podane do wiadomości tych, którym o dobro chorych chodzi.

Prof. Dr Luigi FERRANINI. Bari.

Bułgarskie leczenie następstw encephalitis lethargica.

Z Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu w Bari.
Kierownik: Prof. Dr Luigi Ferranini.

Przed 10 laty Iwan Raeff z Szybki, bułgarski zbieracz roślin polecał leczenie, które pod nazwą bułgarskiego leczenia następstw *encephalitis lethargica* w postaci parkinsonowskiej było znane. Zdaje się, że od dawna to leczenie w Bułgarii było popularne tak, jak u nas leczenie atropiną, choć w mniejszym było użyciu. Raeff nie podawał składników środka leczniczego, używa jednak 2 rodzajów korzenia: czarny proszek i pigułki, które oznacza liczbami porządkowymi. Głównym składnikiem jest korzeń nr 1, który jest korzeniem belladony, różnym jednak bardzo od naszej *Belladonna atropa L.* Nasza jest prawie bez zapachu, cylindrycznie spiralna, nie bardzo mięsista, długości 20 cm, grubości 2—5 cm, posiadająca mniej lub więcej głębokie szczeliny, brunatnego, czerwonego a czasami jasnego koloru, pochodzącego z odsłonięcia górnych warstw. Przekrój wykazuje białawą korę, grubości kilku mm z ciemnymi plamami. Graniczy ona cienką warstwą brunatnego koloru oddzielającą korę od drzewa wewnętrznego, zabarwionego jaśniej na żółto i bardzo porowatego. Odpowiada to drzewo rdzeniowi mało ścisłemu i drobnemu. Po wysuszeniu jest kruche.

Korzeń, który Raeff przysyła, różni się od włoskich i zawiera liczne ciała obce, które na pewno są przymieszkami (części naczyniowe palm, innych korzeni i drzew). Składa się z białych kawałków i części, posiadających szczeliny i plamy żółte, pachnie silnie pieprzem i pomieszany jest z kawałkami korzenia i łodygi. Nie jest zupełnie podobny do innych korzeni belladony bułgarskiego pochodzenia, które kazałem sobie sprowadzić. Nie wiem także czy wszystkie korzenie, jak mówi przepis, zbierane są w czasie kwitnięcia rośliny i czy są pozbawione części zbytecznych, lub czy suszone były bez kory. Na niektórych korzeniach znać jednak pozbawienie kory.

Z korzeniem nr 1, który mi Raef przysłał, robiłem próby porównania z belladoną. Sproszkowałem 10 g, rozpuściłem w mleku wapiennym, wysuszyłem na łaźni wodnej i wyciągnąłem eterem. Rozczyn eteru pozostawił części stałe, które po odparowaniu z kilkoma kroplami kwasu azotowego, przybrały barwę fioletową po dodaniu ługu potasowego w rozczynie alkoholowym. Nie robiłem próby na czystość preparatu, żeby się przekonać czy zawiera 15% popiołu dlatego, że, jak już mówiłem, korzenie czyste nie były.

Ponieważ dowiedziałem się prywatnie w Bułgarii, że Raeff używa korzenia belladony pomieszanego z korzeniem kosaćca *(Kampferperonica)*, próbowałem wykazać kamforę w korzeniu. Sporządziłem z nich wyciąg alkoholowy i dodałem wody. Powstał kłaczkowaty osad, który mógłby uchodzić za związek kamfory. Obecność kamfory mogłaby wzmagać działanie przeciwskurczowe belladony, ale nikt nie wspomina, prócz Fluckigera i Hanbury'ego, że w korzeniu kosaćca znajduje się kamfora. Tylko wspomniani autorowie przy suchej destylacji kosaćca otrzymali kamforę.

Z 13 g tego korzenia z dodatkiem czarnego proszku nr 2 zrobiłem wyciąg w 600 g białego wina, który gotowałem przez 10 minut wedle przepisu Raeffa i przesączyłem po wystudzeniu. Czarny proszek jest oczywiście węglem 0,10—0,15. Pietro Dimattei powiada, że to węgiel zwierzęcy. Węgiel, który ja otrzymałem wydaje się raczej nieczystym węglem roślinnym. Ogrzany do 100^0 traci 4,47% wagi, czysty zaś węgiel roślinny traci nie więcej jak 7% i pozostawia 5,37% popiołu, kiedy czysty węgiel drzewny pozostawia zaledwie 2% a zwierzęcy 60% popiołu. Po dodaniu kwasu solnego daje przesącz zalkalizowany amoniakiem mały osad fosforanu wapniowego, który przy węglu zwierzęcym powstaje. Ogrzany do czerwoności spala się, dając trochę dymu, kiedy roślinny węgiel go nie daje. Popiół sproszkowany wytwarza po zagotowaniu z 8% ługiem potasowym fioletowy przesącz wynikły z niecałkowitego spalenia smolistych produktów. Zmieszany z alkoholem daje przesącz prawie bezbarwny, który pozostawia po odparowaniu pozostałość. Może zadaniem tego węgla było odbarwienie płynu i usunięcie ciał śluzowatych. Zauważyłem jednak, że dodanie lub niedodanie tego proszku na skuteczność nie ma wpływu. Pigułki nr 3 są biało-brudnego koloru, jakby lekko zapylone, wielkości małego grochu. Nie wszystkie są jednakowej wielkości i skład ich co do włókien sklerenchymatycznych nie jest jednaki. Poza tym mają te pigułki włókna innego rodzaju, pierścieniowate, rdzeniową część z komórkami wielokątnymi, liczne ciałka skrobii i kryształy szczawianu potasowego, z przymieszką aldehydu cynamonowego (prawdopodobnie proszku cynamonu), natomiast nie posiadają żadnych alkaloidów (atropiny, skopolaminy, hyoscyaminy). Wiadomo, że korzeń belladony posiada krochmal i szczawian potasowy, nie posiada natomiast arsenu ani antymonu. Pigułki, które Pietro Dimattei badał, są zdaniem jego chlebem z przymieszką cynamonu albo gałki muszkatułowej.

Poleca się na czczo podawać dzieciom roztarte pigułki w filiżance ciepłego mleka, rumianku albo kwiatu lipowego. Poleca się dalej korzeń nr 4 co parę godzin 5—7 razy połykać kawałek wielkości ziarna pszenicy; można go przed połknięciem pogryźć, ale w takim razie trzeba po przeżuciu usta wypłukać. Dzieciom do lat 10 nie radzi się podawać tego korzenia. Korzeń nr 4 jest korzeniem tataraku *(calamus aromaticus)*. Są to cylindryczne, spłaszczone, 5—10 cm długie, 1—3 cm grube kawałki często zagięte, brunatne, na powierzchni biało żłobione i gąbkowate, wewnątrz z komórkami tłuszczowymi o słabym aromatycznym zapachu i smaku, który z początku jest szczególnie niemiły a potem gorzki. Sądzę, że w bułgarskim leczeniu

korzeń ten ma za zadanie pobudzać wydzielanie śliny, które zapobiega suchości w ustach po belladonie. Zdaje się, że tajemniczość leczenia bułgarskiego dostatecznie wyjaśniłem.

Inne wskazówki, które Raeff podaje, nie mają żadnego, albo małe znaczenie, np. żeby wątłym podawać w zimie tran albo przy zaparciu rycynus albo wlewanie wody z mydłem, albo żeby stosować trochę ruchu, nie podawać innych leków. Raeff radzi wyciąg podawać w nocy po pierwszym śnie, to oczywiście połączone jest z budzeniem chorych. Unikać trzeba wszelkiego wzruszenia i kazać im leżeć na lewym boku albo na grzbiecie. W lecie mają się kąpać po obiedzie 10 minut w wodzie ogrzanej przez słońce. Zabrania się im jeść ryby, poleca się białe mięso, do którego i krowie mięso jest zaliczone.

Chciałem dodać, że te same wyniki lecznicze otrzymywałem z korzeniem belladony rozmaitego pochodzenia i że teraz jedynie używam włoskiego korzenia belladony, który jest bardzo tani. Jak wspominałem, robi się wyciąg 5% w białym winie, który ma kolor Marsali i zapach gotowanego wina, przy czym dosyć wyraźnie przypomina smakiem pieprz. Podaje się pół łyżki dziennie dzieciom od 5—15 lat, 2 łyżki osobom od 15—25 lat, trzy łyżki osobom ponad 25 lat liczącym. W celu utrzymania korzystnego wpływu naszego środka, podzieliłem dawki na kilkurazowe w ciągu dnia zamiast jednorazowych. Chorzy wstrętu do leku nie okazywali.

Ponieważ Raeff i inni mówią o ciężkich objawach, próbowałem dawkę trującą ustalić na zwierzętach. Podałem prawie 100 cm³ na raz psu, nigdy jednak objawów zatrucia nie zauważyłem. Nie podawałem większych ilości, bo w stosunku do wagi psa 100 cm³ jest dawką 10-krotnie większą, niż dawka używana dla ludzi.

Korzeń belladony spotykamy w farmakopeach nielicznych, np. w austriackiej, niemieckiej, angielskiej, amerykańskiej. W innych krajach z powodu zmiennego składu czynnych ciał nie jest stosowany. Co prawda zmienność składników, jak Dimattei wykazał dotyczy również innych części rośliny. Autor ten znajduje w korzeniach rozmaitego pochodzenia jednakową zawartość czynnego ciała mniej więcej 0.5%, więc w każdym razie więcej niż w sproszkowanych liściach, które według ustalenia międzynarodowego z roku 1930 wymaga 0,3%.

Widać z tego, że wyciąg z korzenia ma dwa razy silniejsze działanie niż wyciąg z liści, których dzienna dawka podana jest na 0,4 g. 5% wyciąg bułgarski jest zatem bardziej trujący, bo 10 cm³ odpowiada 0,5 g środka czynnego. Poleca się podawać dorosłym 2—3 łyżki dziennie tzn. 30—40 cm³, co odpowiada 1,5 do 2,25 g czynnego składnika. Mogłem się przekonać, że preparat znoszony bywa dobrze, bo nawet przy maksymalnych dawkach prócz wysychania w ustach i lekkiego rozszerzenia źrenicy raz tylko widziałem lekkie zaburzenie świadomości. Jeżeli wyciąg działa zatwardzająco, co się często zdarza, wtedy wstrzymujemy podawanie na kilka dni albo zmniejszamy dawkę lub zapisujemy środek przeciwdziałający np. krople do oczu ezerynowe, sól gorzką lub olej, żeby wpływu korzystnego leczenia nie przerywać. Zmiany w tętnie, bredzenia lub podniecenia nie spotykałem, które wraz z zaczerwienieniem twarzy i charakterystycznym wyglądem uchodzą za szczególne objawy przy zatruciu belladoną i wedle Raeffa zdarzać się mają w pierwszych dniach. W Niemczech opisał niedawno Siegmunt zjawiska po wielkich dawkach atropiny, które stosował na polecenie Römera. Ma to być niedowład żołądka i jelit dochodzący do atonicznego rozszerzenia jelita i do porażennego skrętu kiszek. Nigdy tych objawów przy leczeniu korzeniem belladony nie spotykałem. W moczu prócz wydzielonej atropiny nic niezwykłego nie było.

Samym wyciągiem leczyłem sporą ilość chorych, opuszczając wszelkie zbyteczne dodatki Raeffa i stosując tylko masaże lub gimnastykę. Leczyłem chorych, którzy byli prawie bezwładni, niezdolni byli własnymi siłami się żywić i ci chorzy po kilku tygodniach lub nawet prędzej, odzyskali zdolność jakiego takiego chodzenia, potrafili się odżywiać i mówić tak, że ich rozumiano. Wspomnę tu o jednym wypadku osoby, która w 1926 roku zachorowała i prawie zupełnie była bezwładna. W początku leczenia nie była zdolna poruszać mięśniami twarzy. Po dwudziestopięciodniowym leczeniu doszła do tego, że wyraz twarzy nabrał wielkiego ożywienia. Przypominam sobie także wypadek szczególnego porażenia mięśni, które dotyczyło tylko ruchu naprzód. Chory ten przed 10 laty miał typowe zapalenie mózgowia *(encephalitis lethargica)* a po 4 latach pokazała się hipertonia mięśniowa, połączona z monotonną i powolną mową, którą ledwie można było zrozumieć. Po kilku tygodniach leczenia poprawiły się wszystkie te zaburzenia.

Stosunkowo mało zmienia się drżenie, na które lepiej wpływa korzeń włoskiej belladony. Powien oficer, który gdzie indziej leczony był bułgarską belladoną otrzymał u nas po tygodniowej przerwie tutejszą belladonę. Miała ona ten sam wpływ, ale poza tym zmniejszyło się nadzwyczajnie drżenie, na które bułgarska belladona wpływu nie miała. Ślinienie ustępuje i równie szybko poprawia się podmiotowy stan chorych, którzy odzyskują nadzieję powrotu do zdrowia, jak tylko pierwsze znaki poprawy spostrzegą. Poprawa postępuje stale, nawrotów nie ma. Poprawa zaczyna się najczęściej zaraz, ale nie przekracza pewnego punktu. Jeżeli się przerwie leczenie na kilka tygodni, to przez to uzyskanej poprawy się nie traci. Przy dłuższej przerwie leczenia korzystne wyniki znikają, ale wracają znowu, jeżeli się leczenie powtórzy. Oczywiście całość leczenia zależna jest od ciężkości schorzenia, od trwania choroby i od dokładności i intensywności leczenia. Ten wpływ korzystny osiąga się nie tylko u tych, u których zmiany poencefalityczne się ustaliły, ale i u tych, u których są dopiero w rozwoju i znalazłem, że leczenie belladoną nawet wtedy pomaga, kiedy chodzi o właściwą chorobę Parkinsona, która wystąpiła samodzielnie i pierwotnie. Chory tego rodzaju, który w przeciągu 8 lat używał leków zazwyczaj polecanych, dostał się na naszą klinikę w bardzo złym stanie. Po kilku tygodniach leczenia belladoną nastąpiła wybitna poprawa i można było preparatami, które mu dostarczyliśmy przedłużyć leczenie w domu i zapewnić sobie postęp w leczeniu. Chodziło tu o inteligentnego i wykształconego człowieka, na którego zdaniu można było polegać. Sam stwierdził, że żadne leczenie tak dobrych wyników nie dało. Stosowałem w tym wypadku tylko włoską belladonę. Są to wyniki, które w ten sam sposób w całych Włoszech otrzymałem w około 2.000 wypadków. Za sprawą królowej włoskiej otworzono liczne oddziały dla badań *encephalitis lethargica,* między innymi w Rzymie, pod kierunkiem doc. dr Panegrossi.

Nie miałem żadnych wyników leczeniem belladoną w wypadkach piramidalnej hipertonii, np. w wypadku spastycznej paraparezy Erba, po spastycznej hemiplegii; po zatorze mózgowym natomiast wyraźną nietolerancję dla belladony nawet stosując małe dawki, jak zresztą i u innych chorych. Występowała tachykardia, rozszerzenie źrenicy i zaburzenia wzrokowe, stan podniecnia i ciężkie wysychanie w krtani, wymiotyż Wątpiłem, żeby wyciąg korzenia belladony zawdzięczał swe działanie jedynie zawartości tropein i istotnie Trabucchi wykazał, że bułgarski wyciąg zawiera mniej więcej połowę alkaloidów korzenia belladony, przeciętnie 16,3 mg % zasad atropinowych i że jego działanie jest wyższe od tego, które by zawdzięczać można zawartości alkaloidów, gdyby się z atropiny składały. Istotnie nie można się spodziewać otrzymywania tych samych wyników po użyciu atropiny, hyoscyaminy albo hyoscyny, jakie się otrzymuje po stosowaniu wyciągu z korzenia.

W ogóle nie dochodzimy nigdy do tych olbrzymich dawek atropiny, które się w Niemczech i gdzie indziej stosuje (do 24 mg i więcej dziennie), o których Römer i inni wspominają i które w 60% dobre dawały wyniki. We Włoszech dawaliśmy tylko w wyjątkowych razach 10 mg dziennie i wykazaliśmy, że po wstrzymaniu choćby na 1 dzień podawania atropiny traci się wszystko, co się przez atropinę zyskało. Godzi się przypomnieć, że leczenie atropiną jest znacznie droższe niż korzeniem belladony.

Daleki jestem od zapatrywania, że możemy w organicznym cierpieniu mózgowym o charakterze destruktywnym uzyskać zupełne wyleczenie. Bułgarskie leczenie nie jest leczeniem przyczyny i na sam proces nie wpływa, jest raczej leczeniem, mającym na celu odzyskanie utraconych własności. W ogóle wykazuje dobre wyniki tylko przez usuwanie dręczących objawów parkinsonizmu, szczególnie sztywności i zależnych od niej zjawisk. Oczywiście tylko wtedy, jeżeli nie nastąpiły zmiany w mięśniach ani w kościach i stawach. Leczenie nie jest zalecane, jeżeli stan ogólny chorego jest lichy, jeżeli przeważa podniecenie, jeżeli sprawa jest jeszcze czynna albo jeżeli serce, wątroba albo nerki nie są sprawne.

Wielkie zastrzeżenia, z którymi wystąpiono przeciwko leczeniu nie okazały się usprawiedliwione, ale bez wątpienia jest to leczenie, którego nie można bezkarnie i lekkomyślnie oddawać w ręce chorego. Zacząć je trzeba przynajmniej w jakimś zakładzie, szczególnie ze względu na rozmaitość zawartości czynnych ciał leku, które prowadzić mogą do niemiłych powikłań, potem z konieczności powiększania dawek, wreszcie z powodu rozmaitej wrażliwości chorych.

Prof. Dr Luigi CASTALDI.

Przyczynek do poznania czynności biologicznych fal Hertza, krótkich i najkrótszych.

Z Zakładu Anat. Uniw. Cagliari.
Kierownik: Luigi Castaldi.

Od roku 1891 Arsène d'Arsonvalle wykonywał doświadczenia, poddając zwierzęta żywe działaniom fal Hertza. Było to początkiem biologii tzw. hertzowskiej fali albo raczej rozdziału nauk, który się nazywał *arsonvallizacją*.

Fale Hertza mogą być stosowane wprost na ustrój żywy, co stanowi dobrze znaną diatermię; używa się w niej jednak fal dłuższych niż 100 m. Można też używać ich w pewnym oddaleniu od ustroju. Jeżeli się używa drugiego sposobu, stosuje się fale o bardzo wielkiej częstości, mające długość mniejszą niż 100 m albo fale krótkie (używa się w praktyce krótsze od 30 m, albo najkrótsze 10—1 m, wreszcie mikrofale poniżej 1 m). To wszystko dotyczy tej nowej gałęzi hertzowskiej biologii, którą tu chcę przedstawić. Mimo, że jest ona w okresie doświadczalnym, rozwija się każdego dnia szerzej i szybciej i od kilku lat stosowana w celach leczniczych poczyniła wielkie postępy. Pierwszy przyrząd, który pozwolił działać najkrótszym (3 m) falom z odległości, na ustroje żywe, zbudowany był przez Lakhowskyego i przedstawiony na *Soc. de Biologie* 26. VI. 1924 r. przez Gosseta, Gutmanna, Lakhowsky'ego i Magrou. Pierwsze próby doświadczalne stosowania leczniczego fal krótkich i najkrótszych wykonane były w roku 1926 przez Schliephake w Niemczech i przez Schereschewsky'ego w Ameryce Półn., a przez Seidmanna i Cahen we Francji. W ostatnim dziesiątku lat tyle się w tym kierunku zrobiło, że piśmiennictwo wzrosło ogromnie, zarówno w czysto naukowej, jak i praktycznej dziedzinie.

Włochy, które są ojczyzną elektrobiologii dzięki Galvani, Nobili i Matteucci odegrały rolę istotnie znaczną w postępach tej nowej i ważnej gałęzi wiedzy. Vilimo Guilielmo Marconi pierwszy użył krótkich fal do telegrafu bez drutu, a V. Maragliano i Castaldi proponowali, żeby dla uczczenia jego pamięci ten rozdział z arsonwalizacją nazwać biologią Marconiego *(Marconi-biologie)* a lecznictwo *Marconi-terapią*.

Istnieje we Włoszech spora liczba uczonych, którzy się tą sprawą zajmują i lekarzy, którzy się leczeniem Marconiego posługują. Utworzono dwa towarzystwa, jedno dla skupienia i propagandy, nazwane Ośrodkiem włoskiej biologii Hertza *(Nucleo Italiano di Hertz biologia)* pod przewodnictwem Castald', które jest częścią składową szerszego Towarzystwa *Societa Internazionali di Radio-biologia*. Ono to ogłasza sprawozdania, w których informuje swych członków o kierunkach społecznych i dostarcza piśmiennictwa międzynarodowego dotyczącego biologii Hertza. Drugie, mające cele przeważnie praktyczne nazwane stowarzyszeniem włoskim lecznictwa Marconiego *(Assoc. Ital. di Marconi-therapia)* ma za przewodniczącego V. Maragliano, który wydaje w Bolonii sprawozdania a mianowicie *Bolletino di Marconiterapia et Elektrologia Medica*. Istnieją prócz tego dwa inne czasopisma, gdzie można znaleźć prace w tej dziedzinie, jak i w dziedzinie innych działów radiobiologii, są to: *„Radiobiologia Generalis"* w Wenecji i *„Scritti italiani di radiobiologia medica"* w Belluno. Poza tym zjawiają się prace w innych czasopismach lekarskich. Wszystko to dowodzi zapału do poszukiwań w tym kierunku we Włoszech. Zorganizowano nawet zjazd: w 1934 roku z okazji pierwszego zjazdu międzynarodowego radiologów w Wenecji, zagadnienia dotyczące biologii Marconiego były szeroko dyskutowane a Castaldi przedstawił pracę, która była najbardziej dokładnym ówczesnym sprawozdaniem. W Mediolanie w 1935 r. odbył się międzynarodowy zjazd dla leczenia falami krótkimi. Zeszyt, który zawiera sprawozdania ma wielkie znaczenie techniczne, biologiczne i lecznicze dla interesujących się tym przedmiotem. Dwa zjazdy narodowe odbyły się w Bolonii (1935 r.) i w Modenie (1936 r.).

Zatem nie podobna przedstawić tu szczegółowo wszystkich włoskich przyczynków do biologii Marconiego i lecznictwa Marconiego, dlatego muszę się ograniczyć do podania ogólnych wskazówek.

W dziedzinie czysto naukowej zawdzięczamy szereg poszukiwań Mezzadroli i Vareton, którzy badali wpływ fali 2—3 m na wzrost ziarn różnych roślin; rozwój był przyspieszony i doprowadził do wzrostu rośliny z naświetlanych ziarn. Tagliacozzo także robił doświadczenia i miał wyniki dodatnie. Rozwój hodowli drożdży podniecony był przez bardzo krótkie fale (Mezzadroli, Vareton, Pirrone); Palmieri i Giordano temu samemu przedmiotowi poświęcili doświadczenia. Mezzadroli i Vareton otrzymali dodatnie wyniki przy stosowaniu fali 2,8 m na rozwój i przemianę *Bombix mori* przyspieszając ontogenezę i podwyższając wagę. Najlepsze wyniki otrzymano, kiedy poczwarki były ułożone w spiralach metalowych (fale wahające), wyniki, które były różne zależnie od używanego metalu. Od roku 1925 Lakhowsky używał zwykłych prądów wahających, metalicznych, bez miejscowego źródła energii, chwytając tylko fale przechodzące przez atmosferę, wywołane zjawiskami meteorologicznymi (błyskawice, huragany), albo aparatami elektryczności iskrowej lub łukowej, poza transmisją radiową. Wystawił na ich działanie *Pelargonium zonatum*, w którym wywołał guzy przez *bact. tuberifaciens* i otrzymał wyleczenie tych roślin. Doświadczenie powtórzyli i potwierdzili Pomini i Bolucci i Rivera. Mezzadroli i Vareton znaleźli wpływ podniecający na wzrost ziaren, wystawionych na prądy bez miejscowego źródła energii. Castaldi, Agostini i Baldino wzbudzili w ten sposób wzrost niektórych wodnych roślin z różnymi wynikami, zależnie od tego, czy je umieszczano na blaszkach metalicznych i zależnie od jakości metalu: jeżeli metal dobrze przewodził, widziano zjawiska rozwoju, ale trwanie życia było skrócone. Maxia złożył jajka i kijanki amfibiów w podobnych aparatach i otrzymał różne wyniki: wstrzymujące i podniecające, zależnie od gatunku i czasu rozwoju. Pirrone widział powiększenie fermentacji w rozczynach drożdży przy użyciu *Saccharomyces cerevisiae* w wodzie pomiędzy prądami wahającymi dla fali 1,8 m.

Wiadomo, że najbardziej zbadane są wyniki fal Hertza krótkich i najkrótszych, wytwarzanych w generatorach, dotyczące drobnoustrojów. Izar szczególniej zajmował się tym we Włoszech i znalazl razem z Comulari brak wpływu lub wpływ hamujący na liczne prątki i ziarniaki chorobotwórcze, zależnie od długości użytej fali. Ma to wielkie znaczenie dla sprawy nierozstrzygniętej o swoistości i nieswoistości rozmaitych fal w działaniu na różne drobnoustroje.

Menniti wykazał, że przy użyciu fali 1 m hodowle bakteryj gruźlicy nie tylko nie ulegają zabiciu, ale owszem wykazują podniecenie wzrostu. Marce stwierdził, że różne gatunki drobnoustrojów chorobotwórczych oddziałują różnie na różne długości fali. Colarizi badał wpływ na wzrost i jadowitość prątków błonicy. Wpływ na pierwotniaki badali Faucci i Oliveri.

Izar ze swoimi uczniami (Famulari i Moretti) badał tworzenie aglutynin i precypitynin. Wpływ ten jest żaden, albo jest przyspieszający zależnie od długości fali i podobnie zależnie od fali, własności surowicy: przeciwdopełniające, nieswoiste, surowice normalne i surowice kiłowe mogą ulegać zmianom.

Było by potrzebnym wykazać, czy długie lub krótkie fale wpływają na zdolności zaczynów ze względu na to, że one wykazują siłę odczynów ustroju. Przypominam tu badania Mazzadroli i Varetona o ruchach enzymatycznych różnych roślin (katalityczne, amylazy, itd.); Bergami i Schütza, którzy unieczynniali pepsynę ogrzewając ją do 54^0 promieniami od 3—10 m, Izara i Moretti, którzy spostrzegli korzystny wpływ na siłę trawienia pepsyny przy użyciu fal 8 m a nie 4 m ani 15 m. Z ostatnich autorów Agloli i Vallebona, Dekamagli zmienili wpływ katalityczny metalowych koloidów, wreszcie Bertucci badał wpływ na fermentację wina.

Fale krótkie i najkrótsze mogą również zmieniać skład morfologiczny i chemiczny krwi, ale dane w piśmiennictwie międzynarodowym wykazują jeszcze wielkie sprzeczności. Co do zmian morfologicznych po stosowaniu miejscowym Izar i Prestopino otrzymywali zmniejszenie ilości ciałek czerwonych, leukocytozę względną z limfocytozą po naświetlaniu przez 20 minut promieniami 8 m w okolicy wątrobowo-trzustkowej u ludzi na czczo. Te zmiany nie były długotrwałe. Wedle de Flora i Cebianci naświetlanie okolic podżebrowych żadnych zmian morfologicznych nie wywołuje, natomiast naświetlanie okolicy śledziony w przeciągu 30 minut doprowadza do wywołania monocytozy, szczególniej młodych monocytów o charakterze histiocytów we krwi. Wedle Torelli i Valli naświetlanie promieniami 5,75 m różnych okolic ciała doprowadza do leukopenii neutrofilnej natychmiastowej i przejściowej po pół i po 1 godz., po której następuje leukocytoza. To obniżenie ilości można by uważać za wstrząs hemoklastyczny przez same promienie. Promienie krótkie nie mają żadnego wpływu na oporność osmotyczną czerwonych ciałek. Również wyniki dotyczące opadania ciałek są sprzeczne (Izar i Moretti, Agnoli i Vallebona).

Leczenie promieniami ma wywoływać przemieszczenie jonów wapniowych ze krwi do tkanek i powiększenie ilości jonu potasowego tzn. brak wapnia i nadmiar potasu we krwi (Vionata). Wedle Izara, Caizzone i Calderone stosowanie fal 8 m w cza-

się 20 min. na okolicę nerek w różnych chorobach, zmniejsza wyraźnie ilość kwasu moczowego we krwi (tego wpływu nie mają fale 4 m i 15 m). Milella zauważył zmiany w równowadze białkowej krwi po naświetlaniu w czasie 20 minut okolic wątroby falami 4 m. Wpływ na poziom cukru badali Izar, Caizzone, Lenzi i C. Bianci z wynikiem ujemnym. Szczególniej rozległe były badania ostatniego autora. Jeżeli stosowanie ogólne wywołało niepewny wpływ na zawartość cukru, to stosowanie miejscowe wykazuje zmiany wyraźne, zarówno u zdrowych, jak i u chorych i jeżeli takie zmiany występują, to zwykle w postaci hipoglikemii nawet dość wyraźnej, szczególniej we krwi żylnej i u chorych na cukrzycę.

Kilka innych objawów podlegało badaniom po stosowaniu fal Hertza krótkich i najkrótszych. Wspomnę tu o badaniach Martini w okolicy układu krążenia. Autor ten wywoływał przez fale 3,8 m powiększenie szybkości tętna na sercach żab i ślimaków przy przetaczaniu płynu Ringera. Wpływ ten się zmieniał, jeżeli się przedłużał doświadczenie. Cignolini stosując ogólnie fale 1 m wywoływał podniesienie ciepłoty w odbytnicy ponad 39°, tachykardię, powiększenie wydajności serca, wzmocnienie tonu i skurczu; podobnie Agnoli i Vallebona zauważyli zmniejszenie średnicy przekątni lewej a przeciwne zjawiska przy stosowaniu wprost na piersi, które ogólnej ciepłoty nie powiększały. Zarówno Agnoli, jak Vallebona, Cignolini i Bianci wykazali zmniejszenie ciśnienia krwi (przeciętnie o 10 mm Hg) u osób zdrowych i o ciśnieniu normalnym i nawet u chorych na serce, cierpiących na wady zastawkowe wyrównane, o ciśnieniu normalnym; leczenie Marconiego było by zatem niezalecane przy niskich ciśnieniach.

Cignolini i Oliveri badali wpływ na naczynia włoskowate żaby promieni od 12—4 m i w przeciągu 10 minut zauważyli przyspieszenie obiegu krwi i lekkie powiększenie rozmiarów naczyń włoskowatych; potem zjawisko to się zmienia i po 15—20 minutach widzi się zupełne powstrzymanie krążenia, wynikłe jako skutek skurczu naczyń włoskowatych, z których niektóre przestają być widoczne. Jeżeli dawki były dość duże, to zjawiska następują jeszcze prędzej i widać porażenie wazokonstriktorów naczyń włosowatych, zastoje w małych tętniczkach i żyłach jeszcze bardziej zaznaczone, jak w naczyniach włoskowatych.

Te doświadczenia dowodzą zatem wielkiego znaczenia dawki a zatem z falami Hertza otrzymujemy wyniki różne, zależnie od nasilenia, podobnie, jak przy stosowaniu innych bodźców, jak cieplnych albo mechanicznych.

Co do wpływu na narząd trawienia, Agnoli, Vallebona po stosowaniu na brzuch fali 30 m przez 20—40 minut zauważyli szybsze wypróżnienie żołądka, czasami przyspieszenie ruchu kiszek, albo zmniejszenie (niestałe), a na mięśniach żołądka wyosobnionego z żaby widzieli zespół objawów hipotonicznych. Fiandaca i Lomonaco a potem Cignolini i Bianci zauważyli zmiany w czynnościach wątroby. W kilka minut po naświetlaniu pola Agnoli i Vallebona zauważyli wzmożenie napięcia ściany woreczka żółciowego. Spostrzeżenia autorów dowiodły, że oprócz wpływów na nerki i krążenie widać małe zmiany w wydzielaniu moczu przez naświetlenia promieniami 30 m okolicy lędźwiowej. Wpływ diuretyczny jest nawet większy u niektórych chorych na nerki. Momigliano zajmował się wpływem na jajniki. Cignolini wykazał wpływ podniecający na aparat rodny kobiety po naświetlaniu przysadki mózgowej (pełność piersi, skurcze macicy, występowanie miesiączki) prawdopodobnie na skutek wydzielania prolanu A, który podnieca jajniki i w tym wypadku jest jakby doświadczeniem fizjologicznym.

Bardzo szczególne są własności tkanki płucnej; jako zawierająca powietrze, ma własności dielektryczne wielce różne od innych tkanek i dlatego jest szczególnie wrażliwa na fale krótkie i najkrótsze, na które odpowiada interesującymi zmianami histologicznymi. Badania Capocazzia i Vallebona, na gołębiach wykazują, że wymiana oddechowa nie podlega żadnej zmianie aż do czasu, kiedy pod wpływem zbyt silnego napięcia wystąpi *polypnoë*, wzmożona ruchliwość i podniesienie ciepłoty.

Badania Cignolini zmian tkanek głębokich, wywołanych drogą doświadczalną na psach mają charakter ogólniejszy, jak i te, które wywołał Bianchi de Flora w systemie siateczkowo-śródbłonkowym. Przez naświetlanie w ciągu 30 minut falami 12,5 m śledziony, która obfituje w elementy siateczkowo-śródbłonkowe i badanie czynności tego narządu (bilirubinemia i zmiany w ilości monocytów) sprawdzili widoczne podniecenie tego narządu. Badania Capocazzia i Vallebona mające na celu poznanie możliwości zmiany rozdzielenia wprowadzonych ciał w ustroju pod wpływem fali krótkiej wykazały, że nasycenie koloidalnym tlenkiem toru czyni zwierzęta bardziej czułymi na wpływ fal krótkich. Zdaje się, że silne dawki naświetlania opóźniają umiejscowienie koloidalnego toru w wątrobie, natomiast małe dawki ułatwiają. Dało by się w ten sposób umiejscowić pewne działanie lecznicze w różnych narządach. Wedle Massazza i Vallebona system nerwowy centralny a szczególniej rdzeń mają pewną odporność w porównaniu z innymi tkankami dla fal krótkich. Mimo to, centra w rdzeniu przedłużonym podlegają pewnym wpływom: odruchy doznają pewnego opóźnienia i zmniejszenia napięcia aż do zupełnego ustania, szczególniej przy naświetleniu ogólnym i miejscowym na rdzeń pacierzowy. Cignolini kładzie szczególny nacisk na wpływ fal Hertza na system nerwowy wegetatywny. Fale Hertza w dawkach leczniczych dają temu systemowi bodziec kaloryczny, który może być lekki, średni, silny i bardzo silny, zależnie od wielkości dawki i czułości odczynu, choć inni autorowie twierdzą, że fale krótkie i najkrótsze nie wywołują innej czynności w systemie sympatycznym, jak parasympatycznym, raczej działają hamująco albo podniecająco na oba systemy, zależnie od okoliczności wymienionych i warunków fizjologicznych i patologicznych.

Największe nadzieje pokładano przy leczeniu nowotworów, ale wyniki były żadne, albo sprzeczne, nawet niektórzy badacze uważają leczenie Marconiego za niewłaściwe przy istnieniu guzów złośliwych. Rondini i Mezzadroli przedsięwzięli ważne doświadczenie: działając falami 3 m na *adenocarcinoma* myszy białej, zauważyli zamiast osłabienia raczej wzmożenie szybkości bujania komórek nowotworowych. Ryvera sądzi także, że fale Hertza przynajmniej 1,8—5 m są postacią energii wzmagającą rozwój zarówno normalnych, jak i patologicznych komórek.

Są jednak wypadki, gdzie terapia Marconiego daje wyniki zadowalniające i czasem zadziwiające. Obecnie we Włoszech istnieje bardzo wielu leczących promieniami i budują coraz nowe aparaty czy to dla celów leczniczych, czy badawczych. W czasopismach włoskich spotykamy poglądy syntetyczne i prace oryginalne, z których jedne potwierdzają wyniki otrzymane zagranicą, inne donoszą o nowych wynikach. Znamy publikacje o wynikach wpływu na wrzody płuc, nawet w ciężkich przypadkach (Fiandaca, Agnoli i Vallebona), na nacieki płuc przez drobnoustroje maltańskie (Janata), przy wysiękach opłucnej (Janaca), dychawicy oskrzelowej (Cignolini), zapaleniu kiłowym tętnicy (Grossi i Massazza), w nadciśnieniu tętniczym, nerkowym i swoistym (Agnoli i Vallebona) w artretyźmie przewlekłym (Pirri), stwardnieniu tętnicy głównej (Agnoli i Vallebona), zropieniu (d'Agiello), w zapaleniu stercza (Cassuto), w zapaleniach przydatków (Vallebona, Giavotto, Piean, Vurchio), w *dementia praecox* i porażeniu postępowym (Massazza), w zapaleniu rdzenia w okresie początkowym (Colarizi).

W znacznej części tych wypadków wyniki były pomyślne. Dobre wyniki widzieli Carestro, Vitale, Muzio w chorobach uszu i zatok nosowych; Torrigiani używa często leczenia Marconiego w rynolaryngologii. Lachi probował w chorobach dna oka tego leczenia. Autor ten z M. Trovati badali wpływ promieni na oko normalne. Izar i Moretti mieli dobre wyniki w gorączce maltańskiej, Vitali podał wyniki sprzeczne przy zaparciu, a Ghio wyniki szkodliwe w gruźlicy kości i stawów. Wreszcie Marconi-leczenie niepewne jest lub bez wpływu w gruźlicy ogólnej, a nawet, jak twierdzą niektórzy, szkodliwe.

Promienie o długości poniżej 1 m nie mogą być używane w leczeniu z powodu ich dość małej energii. Można by jednak badać ich wpływy biologiczne.

Aparatem bardzo pożytecznym, który zbudowali moi uczniowie, Grimaldi i Maxia, otrzymali falą 1 m wyniki podniecające w jajkach zalężonych *Paracentrotus lividus*. Po mikrofalach poniżej 1 m zauważono przyspieszenie reakcji móżdżka (Gemelli) i powiększenie szybkości opadania ciałek (Benza, Picasso, Agnoli i Vallebona). Na ziarna nie dało się otrzymać tą techniką żadnego wpływu. Może być, że badaniem mikrofalami, które nie ogrzewają tkanek doszlibyśmy do wpływów ogólno-biologicznych i ważnych, wskazujących na to, że działanie krótkich fal jest po prostu działaniem ciepła albo, że jest wpływem drgania specjalnego fal. Niektórzy pisarze włoscy rozważali te sprawy: dlatego Martini swoje wspomniane tu wyniki o ruchu serca przypisuje ogrzewaniu serca, Bergami i Schütz przypisywali znaczenie rozmaitemu ogrzaniu narządów przy tłumaczeniu unieczynnienia pepsyny. Cignolini, tłumaczy wszystkie objawy działaniem ciepła na tkanki, a Marce przeciwnie, odróżnia działanie fal Hertza od zwykłego ogrzewania. Uczniowie moi Grimaldi i Maxia, cho-

ciaż zauważyli, że bodźce rozwijające komórki, o których mówiliśmy wyżej, są silniejsze niż te, które przypisujemy ogrzewaniu, jednak przyszli do wniosku, że fale Hertza mogłyby wywoływać szczególne ogrzanie składników, które tworzą komórki; jako szczyt i synteza tych badań naukowych i praktycznych, dotyczących różnych działów biologii i lecznictwa okazały się dwie książki włoskie: Cignolini z Baratem, Ascione i Bianci pt.: *„Marconi-terapia“* (O falach krótkich w biologii i stosowaniu leczniczym), Mediolan, Hoepri i 2) Maragliano wraz z Agnoli, Palmieri, Ranzi, Reviglio, Vallebona pt.: *„Trattato di Marconi-terapia“* Bolonia, Zanischelli. Oba te podręczniki podają w sposób jasny, uporządkowany i pełny obfity materiał z rozmaitych stron: fizycznych, biologicznych i leczniczych naświetlony.

Wraz z zagranicznymi pracami stanowią dowód tego, co dotąd przez lat 10 zrobiono i przeczucie nowych zdobyczy naukowych i nowych środków leczniczych, do których dojdziemy udoskonalając technikę.

E. BERTARELLI. Padwa.

Przyczynek do praktycznego stosowania przeciwjadów i bakteriofagów.

Z Zakładu Higieny Eksperymentalnej Uniw. w Padwie.
Dyrektor: E. Bertarelli.

Minęło 12 lat od czasu pojawienia się pierwszej pracy Besredki o produktach uodparniających, które nazwał *„antyvirus“* i stosowanie praktyczne tych ciał uodparniających tak się rozpowszechniło, że nie ma kraju, gdzie by nie stosowano powszechnie przeciwciał.

Godnym uwagi jest to, że zapatrywania biologów na podstawowe własności przeciwciał nie są zgodne. Wedle Besredki „antywirus jest to przesącz starej hodowli na bulionie drobnoustrojów a, b, c, który pozwalając na rozwój innych drobnoustrojów nie dopuszcza rozwoju wymienionych a, b, c“. Otóż niektórzy autorowie wykazali, że to zjawisko nie jest stałe i że wstrzymanie rozwoju nie zawsze następuje. Dodają nawet, że przeciwciało krążące może dopuścić do rozwoju wszystkich drobnoustrojów, z których było otrzymane. We Włoszech np. Schioppa zauważył, że nie ma takiego przeciwciała dla gronkowców, które by wstrzymało rozwój jakiegokolwiek szczepu poddanego kontroli.

W każdym razie, chociaż są trudności i sprzeczności co do znaczenia biologicznego przeciwciał to niezaprzeczenie płyny otrzymane ze starych hodowli na bulionie (a to są płyny nazywane przeciwciałami) — wykazują wpływ leczniczy i zapobiegawczy w sposób bardzo znamienny. Przeciwciała gronkowcowe i paciorkowcowe szczególnie okazały się bardzo skutecznymi środkami leczniczymi we wszystkich schorzeniach przez nie wywołanych i obecnie są stosowane wszędzie w lecznictwie. Wykazano, że przeciwciała mają własności obronne i uodporniające wyraźne. Maurin w pracy ogłoszonej w *Zentr. f. Bakt.* dał na to dowód wyraźny i znamienny. U morskiej świnki zakażonej gronkowcem, stosowanie przeciwciała wstrzymuje objawy zakażenia, jeżeli jest podane przed zakażeniem, jeżeli zaś jest podane po zakażeniu, to wywołuje szybkie wyleczenie sprawy miejscowej.

Bertarelli wykazał w pracy o antywirusie *(Annales d'Hygiene* 1935), że można kontrolować tą metodą tak, jak metodą wywoływania *hypopyon* otrzymanej u królików, rodzaj istotny przeciwciała gronkowców w płynie uznanym za przeciwciało. A zatem nawet w tym wypadku niepewnych wiadomości o istotnej naturze i cechach biologicznych przeciwciał można być pewnym, że materiał otrzymany z hodowli bulionowej starej posiada własności uodparniające, lecznicze i zapobiegawcze. Od roku 1926 Bertarelli powziął myśl używania tych przeciwciał, szczególnie gronkowców i paciorkowców, jako pomady zmieszanej z lanoliną. Te pomady zapobiegawcze (w niektórych krajach pierwsza z tych pomad nazywała się „antypyol“) dały doskonałe wyniki w leczeniu zapaleń skóry, urazów, oparzeń itd., i okazały się środkami przyspieszającymi zabliźnienie i chroniącymi od zakażenia. Ostatnie prace Ramona i jego uczniów o wpływie lanoliny na zwiększenie odporności tłumaczą korzystny wpływ stosowania zewnętrznego. We Włoszech Benaduce potwierdził częściowo doświadczalnie, częściowo klinicznie w sprawozdaniu o charakterze oficjalnym tę własność leczniczą. Pod wpływem tych pomad z przeciwciałem ziarniaki znikają szybko z warstw śluzowych i podśluzowych, po czym następuje wygojenie tkanek zapalnych i uszkodzonych. Stąd pomady tego rodzaju słusznie cieszyły się wielką popularnością, bo tworzą środek najbardziej pospolisty i prosty, aby zabezpieczyć skórę, czy to przed sprawami zapalnymi rozmaitej natury, czy to w urazach i oparzeniach. Największą zasługę przypisać należy pomadzie „antypyon“, która utorowała drogę temu rodzajowi stosowania przeciwciał.

To samo da się powiedzieć o bakteriożerczych ciałach, że stosowanie praktyczne poprzedziło ścisłe wiadomości biologiczne. Jest rzeczą znaną, że dowód istnienia jakiegoś „czegoś“ rozpuszczającego przypada d'Hérell, tego „czegoś“, które d'Hérell uważa za istotnie żywe, kiedy inni uważają za działanie enzymatyczne. Że bakteriofag jest istotą żywą jest zdaniem ogółu co najmniej wątpliwe, pomimo usiłowań wykazania charakteru istoty żywej. Natomiast nie ulega wątpliwości, że płyny mające własności rozpuszczania, a więc bakteriożercze wywierają wpływ dobroczynny w chorobach zakaźnych wywołanych przez drobnoustroje, które bakteriofag niszczy. Np. dla cholery, jak podają ostatnie wiadomości Russela, 1936 r. w *Bull. l'Off. Intern. d'Hygiène*, niewątpliwie wykazują ten wpływ. Jeżeli podaje się chorym na cholerę płyn z bakteriofagiem, śmiertelność cholery spada do 8%, gdy przy zwyczajnych sposobach leczenia wynosi około 20% i to tym bardziej jest godne uwagi, że próby wykonane były na przeszło 1000 wypadków cholery. Wytłumaczenie tego mechanizmu obronnego znajdujemy w licznych pracach. We Włoszech Peragallo i Bersarelli pracując nad tą sprawą wykazali, że płyny prątkożercze podnoszą wszelkie siły obronne (siłę opsoninową, siłę bakteriobójczą itd.). Słusznie zatem mniemają, że jakiekolwiek byłoby znaczenie biologiczne tzw. bakteriofagów, pewnym jest, że płyny prątkożercze posiadają własności lecznicze i uodparniające. Jednym z zastosowań najbardziej interesujących w tym kierunku było wykonane we Włoszech w Pracowni Chemii Lekarskiej z prątkożerczym płynem wieloważnym (enterofagiem), który był zdolny rozpuszczać drobnoustroje zakażeń jelitowych, najbardziej rozpowszechnionych, począwszy od *b. coli* aż do prątków duru czy paraduru i czerwonki.

Teoretycznie można by mniemać, że każde poszczególne prątkożercze ciało mogło by być swoiste, tj. że można by wybrać w zakażeniu durowym bakteriofaga durowego itd., ale nie trzeba zapominać, że w zakażeniach jelitowych dokładnego rozpoznania często zrobić nie można, szczególniej w najpospolitszych i mniej ciężkich wypadkach, gdy czynnik chorobowy zawyczaj jest nieokreślony. W każdym razie próba dodatnia z prątkożerczym ciałem wielowartościowym wedle typu enterofaga dowiodła, że zupełnie odpowiada swemu celowi i że może być stosowana w zakażeniach rozmaitej natury przy bardzo prostej technice lekarskiej, dlatego też prątkożercze ciała tego typu były stosowane i naśladowane.

Dr Pr. Giuseppe PECCERI. Rzym.

Urządzenia sanitarne miejskie Rzymu za rządu faszystów.

Z Biura Higieny i Zdrowia w Rzymie.
Dyrektor: Dr Pr. Giuseppe Pecceri.

Urządzenia sanitarne miasta i okręgu Rzymu są włączone do zadań administracji miejskiej, która je wykonuje, przez biura higieny i zdrowia. Wszystkie urzędy podzielone są na następujące działy: 1. Pomoc zdrowotna miejska i podmiejska. 2. Pomoc zdrowotna wsi okolic Rzymu. 3. Zapobieganie chorobom zakaźnym. 4. Czuwanie nad środkami żywności, napojami, higieną mieszkań. 5. Oddział weterynaryjny.

Pomoc zdrowotną miejską i podmiejską wykonuje się bezpłatnie tylko dla zapisanych na liście mieszkańców. Powierzona jest lekarzom komunalnym, którzy mieszkają w swych okręgach i mają asystentów sanitarnych. Lekarz komunalny ma prócz służby ambulatoryjnej przy biurze sanitarnym wykonywać wizyty po domach i zapisywać lekarstwa, które wydaje bezpłatnie apteka miejska. W danym wypadku wysyła chorych do stacji przeciwgruźliczej lub zakaźnej, do przychodni chorób oczu, zębów, noso-gardlanych, leczenia fizycznego, radiologii, elektroterapii, instytutu leczenia krzywicy i chorób dziecięcych. Lekarz zarządza także wysyłanie materiałów do badania w laboratoriach higieny i profilaksji w tych wszystkich razach, gdzie to badanie wymagane jest do rozpoznania i leczenia. Rząd powierza służbie zdrowia na wsi nie tylko wymienione zadania, ale prócz tego walkę z zimnicą, której rząd szczególną ważność przypisuje, przeznaczając wielkie fundusze na usunięcie tego wieloletniego wroga Kampanii Rzymskiej, Obecnie można mówić, że choroba ta jest już prawie zupełnie zwalczona. Blisko każdej sie-

dziby ludzkiej, w każdej strefie Kampanii Rzymskiej wznosi się jakby symbol zwycięstwa stacja zdrowotna, w której mieszka lekarz okręgowy. Lekarz ten wykonuje pełne poświęcenia i propagandy dzieło, szczególniej kiedy w letniej porze z pomocą sił mu dodanych, najętych na sezon, odwiedza pola, chaty, robotników dziennych, chłopów i włóczęgów, niepomny zmęczenia i niebezpieczeństwa, aby spieszyć z pomocą zapobiegawczą, aby usunąć niebezpieczeństwo zimnicy.

Lekarze okręgowi czuwają przy skrapianiu naftą lub zielenią paryską wód stojących, którego ma dokonywać specjalna służba. Przewodniczą także sprawom dobroczynności powierzonym uczniom wiejskim pod wodzą nauczycieli tzw. *„Opera Nazionale Balilla"*. Walka jest ciężka i obszerna, ale daje wyniki doskonałe. Miejscowości, wioski, które dawniej były świadkami setek ofiar zimnicy, które były siedliskiem złośliwej gorączki, przez zarządzenia państwowe zmieniły się w Lido Rzymskie, gdzie mieszkańcy rozkoszują się słońcem i morzem, dającym siły do życia. Oddział zapobiegawczy chorób zakaźnych ma również zadania szerokie i trudne, o wielkiej doniosłości społecznej. Istotnie poza zapobieganiem chorobom zakaźnym powierzono mu służbę zdrowotną szkolną i zapobieganie gruźlicy. Co do chorób zakaźnych, po ustaleniu rozpoznania przez wizytę w domu lekarza-higienisty wydaje się niezbędne zarządzenia celem odosobnienia, wysłania do szpitala itd. Wreszcie w każdym stwierdzonym wypadku choroby zakaźnej, zarząd wykonuje bezpłatnie odkażenie mieszkańców w czasie i po skończeniu choroby. Chorzy zakażeni, których pobyt w mieszkaniu nie daje należytej pewności odosobnienia i którzy nie zgłaszają się do szpitali innych, przyjmowani są do szpitali komunalnych na oddział zakaźny. Szpital ten od niedawna został przeniesiony i przebudowany i składa się z budynków rozłożonych na powierzchni 139.000 m². Odbywa się tam odkażanie ubrania i rzeczy należących do chorych, leczonych w domu. Te czynności, leżące w interesie społecznym są wykonywane bezpłatnie bez różnic społecznych. Zapobieganie gruźlicy rozwija się drogą ośrodka przeciwgruźliczego, który posiada biuro w dzielnicach zaludnionych miasta. Każdy chory, czy podejrzany, czy usposobiony może się w ośrodku przeciwgruźliczym zjawić w celu badania lekarskiego. Ośrodek zapobiegawczy ma głównego kierownika, który wykonuje badania przedmiotowe wszelkimi środkami rozpoznawczymi. Wysyła chorych do oddziałów dla niezbędnego leczenia, wykonuje w laboratorium założenie odmy. Odwiedza chorych i ich rodziny w domu; dostarcza materiału leczniczego, łóżek i bielizny dla oddzielenia chorych od zdrowych i wykonuje systematyczne odkażanie. Między innymi w celu zapobiegawczym skierowuje chorych do instytucyj schroniskowych na koszt gminy. Szczególną opieką zapobiegawczą otoczone są dzieci. Usunięte są częściowo lub zupełnie z życia wspólnego z chorymi, bądź to przez pobyt w koloniach dziennych, bądź to w kolonii zapobiegawczej stałej na Lido Rzymskim. To schronisko zbudowane na morzu, zaopatrzone w najnowsze środki techniczne może pomieścić 400 dzieci obu płci w wieku od 5—12 lat. Pobyt trwa tak długo, jak gruźlica w ich domu i może się przeciągać do kilku lat. Wybór dzieci przeznaczonych do schroniska wykonany jest w centrum zapobiegawczym gruźlicy, które wyłącznie przyjmuje usposobionych, ale nie mających żadnych objawów chorobowych. Inna czynność służbie zapobiegawczej powierzona polega na opiece zdrowotnej w szkołach. Ta opieka dotyczy uczniów szkół powszechnych i zawiera także opiekę w szkołach prywatnych. W każdej szkole są nauczycielki-opiekunki, obowiązane do podawania lekarzom szkolnym codziennych wiadomości, dotyczących objawów chorobowych. Lekarz bada i w razie potrzeby usuwa dziecko ze szkoły i daje znać, jeżeli chodzi o chorobę zakaźną. Lekarze szkolni zajmują się również wysyłką dzieci do Instytutu gruczołowego, które wytworzyło pierwsze centrum walki przeciwgruczołowej za inicjatywą rządu w 1926 roku. W tym zakładzie wykonuje się leczenie i zabiegi chirurgiczne.

Jednocześnie skierowuje się uczniów, tego potrzebujących, do zakładów ortopedycznych, położonych w bliskości szkół miejskich.

Służba sanitarna dotycząca chorób oczu i zębów jest również czynna w szkołach. Do czynności zapobiegawczych należy rozdawanie lekarstw i leczenie bezinteresowne chorób wenerycznych.

Spostrzega się wielki przypływ publiczności wciąż wzrastającej w przychodniach chorób dziecinnych, gdzie lekarze specjaliści oglądają dzieci i czuwają nad ich rozwojem aż do lat trzech, wykonując równocześnie propagandę zdrowotną, udzielając ludności wiadomości praktycznych o rozwoju dzieci. Rozdają także bezpłatnie pożywienie całkowite, zastępujące mleko matki, jeżeli to okaże się nie wystarczające w ilości i jakości. W ambulatoriach pediatrycznych, kontroluje się także płatne karmienie. Każda mamka jest badana. Ilość kobiet niezdolnych do karmienia wynosi 12%.

* * *

Bardzo poważne są wyniki opieki zdrowotnej nad żywnością i napojami. Osoby tym zatrudnione biorą w magazynach żywnościowych próbki towarów przeznaczonych na sprzedaż, dla zbadania w pracowniach higieny, co do ich świeżości lub zmian. Odkrycie nieprawidłowych zawartości pociąga za sobą zniszczenie towaru, a w razie powtórzenia, zamknięcie magazynu. Prócz tego inspektorowie higieny kontrolują stan pomieszkań, ich zdrowotność i zachowanie przez sprzedających zasad higieny. Ta sama służba zdrowia opiekuje się ziemią i mieszkaniami, uwzględniając następujące zadania: stan higieniczny mieszkań, w razie czego zgłaszają ich niezamieszkalność, czuwanie nad projektami nowych budynków, które mają odpowiadać przepisom zanim otrzymają pozwolenie budowy i zamieszkania. Zapobiegać ma również wszelkim niewłaściwościom higienicznym z pomocą służby oczyszczania miast.

* * *

Co do służby weterynaryjnej ma ona znaczenie dla utrzymania stanu bydła Kampanii Rzymskiej i stanu mięsa do użytku. Zadania jej są następujące: czuwanie nad stanem zdrowia bydła, które z jakichkolwiek powodów dostaje się na teren miasta, żeby uniknąć przenoszenia zarazy lub epidemii; stosowanie środków zapobiegawczych: szczepienia, odwiedzania od czasu do czasu bydła należącego do Kampanii Rzymskiej, czuwania szczególniej nad oborami, propaganda racjonalnego odżywiania, opieka nad budynkami i stajniami, które budową i czystością muszą odpowiadać warunkom higieny. Lekarze weterynaryjni muszą wreszcie oglądać mięso pochodzące z innych okręgów, przeznaczone do spożycia i szczególnie w miastach, mają obowiązek odwiedzania rzeźni i usuwania w razie potrzeby zwierząt nie nadających się do uboju.

* * *

Wszystkie te czynności, które poprzednio istniały, otrzymały nowy bodziec, który sprawił, że się rozwinęły i doszły do wyników zadowalniających. Niektóre instytucje przeznaczone dla dzieci powstały szczególnie za sprawą rządu, który łączy cele eugeniczne ze sprawami głęboko ludzkimi i społecznymi.

Sileno FABBRI. Rzym.

Włoski system ochrony matki i dziecka.

Autorka polska Janina Ebemberger napisała niedawno, że włoski system ochrony matki i dziecka jest najbardziej właściwy i najbardziej ludzki pomiędzy istniejącymi. To uznanie, które napełnia dumą, może być uważane za słuszne, jeżeli się rozważy systemy innych krajów. Istotnie w Belgii znajdujemy doskonały system opieki nad matką i dzieckiem, ale niepełny, albo system jednolity, szeroki, lecz sprzeczny z celem rodziny i uczuciem ludzkim, jak w Rosji, albo niepewne próby, zbiór praw bez kształtu i niejednolity.

We Włoszech narodowa ochrona matki i dziecka (ustawa z dnia 10 grudnia 1925 r. nr 2277, przerobiona na nowo dnia 24 grudnia 1934 r. nr 2316) przybrała postać ostateczną i dokładną. Na podstawie tej ustawy narodowa ochrona matki i dziecka we Włoszech ma następujące cele: 1) opiekować się przez swoje czynniki powiatowe i gminne brzemiennymi i matkami biednymi lub opuszczonymi, oseskami i starszymi dziećmi do 5 roku życia, które należą do rodzin niezdolnych do racjonalnego ich wychowania; dziećmi różnego wieku, należącymi do rodzin pracujących i do upośledzonych fizycznie lub psychicznie, albo materialnie lub moralnie opuszczonych, zboczonych i zbrodniczych aż do ukończonego 18 roku życia; w tych celach opieka nad matką i dzieckiem spełnia rolę już istniejącej opieki nad matką i dzieckiem i rozwija nową inicjatywę;

2) ułatwiać ma rozszerzenie zasad higieny przed urodzeniem i w czasie porodu w rodzinach i zakładach, tworząc przychodnie dla czuwania nad kobietami w ciąży i tworząc szkoły teoretyczne i praktyczne wychowania i higieny matki i dziecka;

3) zapobiegać, wspólnie z innymi instytucjami, szerzeniu się gruźlicy u dzieci i organizować walkę z innymi chorobami dziecięcymi;

4) czuwać nad wykonaniem prawnych i przepisowych rozporządzeń w wychowaniu matki i dziecka i działać dla wychowania fizycznego i moralnego dzieci i młodzieży i w miarę zachodzącej potrzeby przeprowadzać zmiany w tych przepisach;

5) czuwać i sprawdzać we wszystkich zakładach publicznych i prywatnych wykonanie pomocy i ochrony dla matki i dziecka.

Jak widać, chodzi tu o ciężkie obowiązki, szerokie i doniosłe i od 10 lat opieka nad matką i dzieckiem oddaje wszystkie swe siły, by służyć temu wielkiemu dziełu ludzkiemu i narodowemu.

Aby zrozumieć znaczenie i całość dzieła, trzeba rozważyć względy i widoki, które dotyczą przede wszystkim państwa.

Opieka nad dzieckiem jest dziełem państwa, które dostarcza środków materialnych. Wszelako nie jest to instytucja państwowa, ale szczególnej natury, która mimo, że poddana jest opiece i pomocy materialnej ze strony państwa, posiada własną autonomię, która jej daje większą styczność z potrzebami kraju. Nazywamy we Włoszech ten szczególny rodzaj organizacji „obok państwowym" *(parastatale)*. Opieka ma swoją radę centralną, w której biorą udział zarządy publiczne organizacyj społecznych i pomocniczych rządu. Ma swój komitet wykonawczy, złożony z przewodniczącego, zastępcy przewodniczącego, którym jest istotnie jeden z sekretarzy partii narodowej faszystów i innej osoby należącej do rządu. Podobnież w obwodach. W każdej prowincji jest związek kierowany przez radę, gdzie przewodniczy przewodniczący prowincji, a która składa się z przedstawicieli różnych organizacyj; dzieli się na grupę położniczą i wychowawczą, prócz tego wchodzą w jej skład osoby wyznaczone przez prawo. Daje to opiece nad matką i dzieckiem możność prędkiego wykonania, możność istotną natychmiastowej pomocy, wydatną współpracę z innymi urządzeniami publicznymi i prywatnymi. W tym wypadku trzeba powiedzieć, że zakłady prywatne nie tylko nie są krępowane i usuwane, ale że przeciwnie, są upoważnione do działania i inicjatywa ich popierana. Jakżeby mogło być inaczej w państwie, które, jak Włochy posiada wiekową tradycję pomocy dla dzieci. Opieka nad matką i dzieckiem koordynuje pracę tych zakładów zrzeszonych w federację, czuwa nad nimi, ale i pomaga równocześnie materialnie i doradczo. Każdy z nich może dążyć do celu, dla którego był stworzony, ale nie może naturalnie dążyć do celów sprzecznych z wymaganiami higienicznymi lub społecznymi, sprzeciwiać się kierunkom społecznym lub sanitarnym zarządu. Tu stosuje się w istocie to samo kryterium, które panuje w budowie politycznej całego narodu. Jest to wolność, która nie jest krępowana, jest nawet rozwijana, ale wolność, która zna cel, dla którego istnieje, wolność, która wytwarza dobro a nie szkodę narodowi.

W gruncie rzeczy jest to współdziałanie, które tu przeważa, jeżeli przez współdziałanie rozumiemy chęć współpracy pomiędzy zrzeszeniami i jednostkami dla spełnienia obecnych lub przyszłych interesów narodu.

Taki jest istotny program opieki nad matką i dzieckiem. Wielokrotnie pytano, czy ta opieka ma cele polityczne i tu się trzeba porozumieć. W naszych czasach trochę przestroiliśmy pojęcie polityczne. Tym słowem zwykle oznaczamy pewien określony program partii albo rządu. Faszyzm istotnie wraca do klasycznego pojęcia polityki, przez które *„la politeia"* oznacza całość członków składających się na państwo. Przez opiekę nad matką i dzieckiem chcemy ochraniać, pomagać i bronić pierwiastków ludzkich podstawowego życia państwa, tj. matki i dziecka. Jest to również i polityczne, bo pomagając rodzić matkom dzieci zdrowe i zdolne do życia i czuwając nad rozwojem nowych pokoleń z punktu widzenia materialnego i moralnego, chcemy wzmocnić naród. Trzeba wziąć pod uwagę, że kiedy mówimy o dziele politycznym, mamy na celu stworzyć jednocześnie dzieło społeczne. Mussolini zaprzeczając obietnicom socjalistycznym i liberalnym oznajmił, że świadczenia społeczne mogą się rozwijać tylko w zakresie politycznym. Tylko z faszyzmem możemy iść wprost na spotkanie z narodem, z jego potrzebami i celami, i tym sposobem naturalnie wzmacniamy państwo. W każdym razie nie należy państwa naszego brać za państwo innego typu, jak np. Rosję. I tam organizacja pomocy dla matki i dziecka jest dość szeroka, ale jednostka w Rosji nie ma wartości duchowych autonomicznych. Dzieci są wychowywane w jedynym celu, aby z nich zrobić doskonałe składniki systemu racjonalnego i jednolitego. We Włoszech rozwija się duch indywidualny jednostki, gdyż tylko w tych warunkach żywotność narodowa się wzbogaca. W Rosji rodzina jest zburzona, u nas pomoc buduje się przeciwnie, na potrzebach trwałości rodziny, bo od niej tylko spodziewa się państwo pierwiastków etycznych dla jego trwania. Spojrzyjmy, do czego dochodzi w Niemczech. Tam także zorganizowano na szeroką skalę ochronę matki i dziecka, ale cele rasowe tej organizacji nie podobne są do ideałów łacińskich i katolickich, a przez to samo do celów wyższych i ludzkich życia. Nikomu nie bronimy tworzyć rodziny i kochać. Wiedza zresztą nie ustaliła na pewno praw dziedziczności. Wpływamy, aby ochraniać i bronić życie ludzkie we wszystkich razach, gdzie zachodzi potrzeba i każde dziecko i każda matka jest dla nas święta. Każde dziecko i wszystkie matki! Opieka zajmuje się istotnie wszystkimi matkami i dziećmi bez względu na stan cywilny, nie pytając o nic, jak tylko o warunki matki i dziecka; pomoc włoska ma szczególnie cechy zapobiegawcze. Chcemy, aby każda matka, z chwilą gdy poczęła, mogła szczęśliwie donosić i aby każde dziecko od urodzenia aż do 18 roku życia rosło zdrowe przy starannej opiece czynników pomocy dla matki i dziecka. Chodzi o pracę bardzo szeroką.

Wystarczy powiedzieć, że opieka sanitarna i moralna dotyczy znacznej części narodu włoskiego, prawie 21 milionów matek, dzieci i młodzieży.

Naturalnie, że opieka dotyczy przeważnie pierwszych lat dzieciństwa, więcej narażonych na śmierć i choroby społeczne; młodzież, chłopcy i dziewczęta otrzymują pomoc moralną, ponowne kształcenie psychiczne i społeczne dla młodzieży zaniedbanej, nienormalnej i przestępczej, nie licząc tego, co się robi dla ochrony rodziny w najszczytniejszym tego słowa znaczeniu: ochrona całości rodziny, obrona młodzieży w różnych sądach cywilnych lub karnych dotyczących rodziny, zachęty do utworzenia rodziny, szczególnie w razie istnienia dzieci nielegalnych. Idea całości ogniska domowego kieruje czynnością opieki. Inne szerokie zadania mogą być spełnione przez organizację opieki humanitarną i racjonalną, która by miała w każdej gminie włoskiej narzędzie wykonawcze, a więc gotowe do spełnienia potrzeb ludności kobiecej i dziecięcej. Jest to Komitet Patronujący.

Mamy we Włoszech 7.300 takich Komitetów prowadzonych przez władze gminne. Każdy Komitet ma przynajmniej jedną poradnię położniczą i dziecinną, przychodnię dla matek rodzących i karmiących, żłobek dla dzieci kobiet pracujących i swoją społeczną opiekę, która nie jest ani ciężka ani biurokratyczna, lecz szybka w styczności z tymi, którzy jej potrzebują.

W niektórych ogniskach bardziej ważnych czynności są skupione w pewnych instytucjach: Dom Matki i Dziecka, oprócz innych, jak ochronki dla matek, wydzielanie mleka, umieszczanie dzieci u wychowawców, podział środków pomocniczych w ochronkach dzieci, zapobieganie gruźlicy, ogniska obserwacji dla dzieci opuszczonych, zboczonych lub przestępczych, co uzupełnia czynności Komitetów.

Chodzi więc o organizację imponującą, a mimo to ruchliwą, dającą pomoc szybką, bezpośrednią i głęboką. Nie trzeba zbytecznie biurokratyzować. Dziesięć lat doświadczeń pozwoliło udoskonalić wybitnie sposoby, właśnie w tym kierunku z doskonałymi wynikami. Wystarczy powiedzieć, że przez te 10 lat czynności okazano pomoc 7.5 mil. matek i dzieci kosztem prawie 1 miliarda lirów. Żeby mieć pojęcie o sposobie pomocy, podamy dane z roku 1935: pomoc dla brzemiennych 168.000 L, matkom karmiącym 222.351 L, dzieciom urodzonym z matek gruźliczych 4.751 L, dzieciom trzyletnim 673.304, dzieciom od 3—6 lat 458.628, dzieciom od 6—14 lat 69.606, młodzieży od 14—18 lat 5.630, razem 1,603.191 matek, dzieci i młodzieży otrzymało pomoc materialną.

Musimy dodać do tych cyfr liczby, które dotyczą moralnej pomocy (15.328 matek i 69.157 dzieci i młodzieży i tych którym pokryto koszty ich zamążpójścia, urodzin i wychowania 26.302). Całość zatem 1,713.978 osób, którym udzielono pomocy i 3,687.230 lirów.

Jakie są wyniki praktyczne tego przedsięwzięcia? Musimy powiedzieć, że wyniki opieki nad dzieckiem nie mogą być w całości osiągnięte w tak krótkim czasie. Wszelako widać pewną poprawę, która nie jest bez wartości. Np. ilość urodzonych nieżywych dzieci i śmiertelność dziecięca w 1924 r. wynosiła 48.794 dzieci nieżywych, w 1935 r. tylko 33.800. W przeciągu 10 lat mamy zatem obniżenie tej liczby o 15 tysięcy. W okresie od 1922—1925 roku mieliśmy 4,3% dzieci nieżywych na 100 porodów. W okresie 1931—1933 3,4%.

Pomimo twierdzenia uczonych, że zmniejszenie to jest raczej pozorne niż prawdziwe, bo śmiertelność w wypadkach przerywania ciąży została na tym samym poziomie, nie można zaprzeczyć, że w ciągu 10 lat wiele istnień zostało dla ojczyzny ocalonych.

Co do śmiertelności dzieci, liczby choć nie bardzo wyraźne, pozostawiają również duże nadzieje. W 1921 r. na 1.000 dzieci żywych 131,2 umierało w 1 roku, w 1931 r. 112,9 dzieci umarło w tym samym okresie życia, w 1934 r. 98,07 dzieci. Jest to postęp, który oczywiście trzeba będzie poprawiać. Wyniki te upoważniają nas do dobrej myśli na przyszłość. Pracujemy dla

wielkiej sprawy: spełnienia marzenia kobiet — macierzyństwa, chronienia uśmiechu życia — dzieciństwa, które jest równocześnie siłą i przyszłością narodu.

Pamiętajmy, że działalność nasza rozwija się na ekranie historii. Pracujemy również w wielkiej sprawie ochrony cywilizacji zachodniej, kultury łacińskiej, wartości najwyższych, którymi się szczyci ludzkość, których nic nie może zmniejszyć ani zniszczyć.

We Włoszech wiemy, że Polsce nie jest obce to dzieło i że go naśladuje dusza silna i pełna postanowień.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Badania obecności ciała wywołującego alergię w pocie kobiet, które wykazują samozatrucie ciążowe. E. GIUDICI. I Quad dell' Allergia. Nr 5. Vol. 11.

Autor badał czynności wydzielnicze skóry, obserwując zachowanie się i własności potu kobiet z samozatruciem ciążowym, w porównaniu z zachowaniem się i własnościami potu kobiet zdrowych w ciąży i potu kobiet zdrowych nie będących w ciąży i doszedł do wniosku, iż w pocie kobiet, cierpiących na samozatrucie ciążowe istnieją ciała trujące. wywołujące schorzenia skórne i inne objawy samozatrucia ciążowego.

Mester (Kraków).

Piętnaście lat leczenia dychawicy oskrzelowej na Węgrzech. K. HAJOS. I Quad dell'Allergia. Nr 5. Vol. 11.

Autor opierając się na 1.200 przypadkach dychawicy oskrzelowej, obserwowanych w ciągu 15 lat, dochodzi do wniosku, iż należy w leczeniu uwzględnić trzy czynniki: usunąć alergeny, zmienić konstytucję? (pytajnik referenta) osobnika i leczyć objawowo. Warunki etnograficzne, geologiczne i higieniczne, tudzież odżywianie się na Węgrzech powodują różnicę w występowaniu dychawicy oskrzelowej tamże, a w innych krajach — np. dychawica oskrzelowa na tle alergii pokarmowej ma bardzo małe znaczenie na Węgrzech. Autor zaleca proteinoterapię.

Mester (Kraków).

Nosiciele amoeba histolytica i schorzenia na amebiazę. T. PONTANO. Min. Med. Nr 42. 1936.

Wskazując na klasyczne dane, służące do rozpoznania amebiazy jelitowej, jak zespół biegunkowy czy schorzenia wątroby i wykazanie w stolcu *ameby histol.*, autor zwraca uwagę na możliwość istnienia zakażenia jelit amebą, dające tylko epizodyczne, przejściowe biegunki. Wykazanie w stolcu *am. histol.* też nie jest dowodem tegoż schorzenia, gdyż niektórzy osobnicy mają w stolcu ameby bez jakichkolwiek objawów chorobowych. I tak autor na swoim materiale we Włoszech stwierdził u 7.10% chorych obecność *am. hist.* przy zupełnie zdrowych jelitach. Leczenie: zaleca tylko 0.10—0.12 emetyny dziennie w zastrzykach rozłożonych na 2—3 dziennie, w ogólnej ilości 0.40—0.60 w pierwszej serii. Leczenie powinno być przewlekłe.

Mester (Kraków).

Walka z chorobami wenerycznymi. L. TOMMASI. Min. Med. Nr 44. 1936.

Włochy tracą rocznie 60.000 istnień ludzkich z powodu umarłych płodów kiłowych i 10.000 z powodu upośledzenia umysłowego dzieci kiłowych, 50.000 z powodu niepłodności lub zmniejszonej płodności na skutek wiewióra, tj. razem 120.000 istnień ludzkich rocznie. Włączyć w rachubę należy straty z powodu utraty możności pracy ludzi leczących się na kiłę i wiewiór.

Mester (Kraków).

Ropnie i zgorzel płuc. B. S. KLINE i S. S. BERGER. Actualidad Med. Mundial. Nr 65. 1936.

Autorzy obserwowali w ciągu 10 lat 90 przypadków tychże schorzeń, w tym 55 przypadków spirochetozy płuc o typie głównie zgorzeli (39 przyp.), zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli i zapalenia opłucnej. Większość chorych była w wieku między 20—50 rokiem życia. Śmiertelność wynosiła 49%. Natomiast ropnie płuc przeważały u osobników młodych, śmiertelność w ropniach zawałowych wynosiła 96%, zaś w ropniach pochodzenia oskrzelowego 58%. *Mester* (Kraków).

Zmniejszenie objętości serca po wysiłku fizycznym KRAL J. i POLLAND B. Folia Medica. Nr 5. 1936.

Na podstawie szeregu badań, przeprowadzonych w Pradze na żołnierzach, atletach i sokołach stwierdzają autorzy, że objętość serca ulega po wysiłku fizycznym (marsz 25 km) zmniejszeniu, które pozostaje w związku z czasem trwania i intensywnością wykonanego ćwiczenia.

J. Papierkowski (Lwów).

Wpływ wyciągów trzustkowych na krew. DEL ZOPPO R. Folia Medica. Nr 6. 1936.

Stosując wyciągi z trzustki u królików spostrzegał autor następujące zmiany we krwi: zwiększenie ilości ciałek czerwonych i zawartości hemoglobiny, wyraźną względną limfocytozę z równoczesnym zmniejszeniem obojętnochłonnych granulocytów, obecność limfocytów dużych ze słabo zasadochłonną protoplazmą, nieliczne limfoblasty i bardzo nieliczne monoblasty. Ponadto stwierdził autor liczne monocyty z jądrami typu Riedera, nieliczne komórki Riedera i Turka, komórki pochodzenia endotelialnego oraz poikilo- i makrocyty. Oporność ciałek czerwonych ulega wzmożeniu. *J. Papierkowski* (Lwów).

Ciśnienie tętnicze w przebiegu duru brzusznego. BARTONE L. Folia Medica. Nr 8. 1936.

Zebrawszy niektóre dane z fizjopatologii układu krwionośnego, przedstawia autor wyniki badań ciśnienia tętniczego u 40 chorych na dur w wieku od 20—55 lat i dochodzi do wniosku, że stałą cechą duru brzusznego jest obniżone ciśnienie tętnicze; nagły zaś wzrost tegoż jest wyrazem powikłań, jak np. odoskrzelowe zapalenia płuc, przebicia jelit itp.

J. Papierkowski (Lwów).

Uraz w patogenezie cukrzycy. CASO G. Folia Medica. Nr 23. 1936.

Przedstawiwszy dane bibliograficzne dotyczące cukrzycy pochodzenia urazowego, opisuje autor przypadek cukrzycy, która wystąpiła po wypadku samochodowym.

Z przeprowadzonych prób i warunków urazu można wywnioskować, iż uraz wywołuje łatwiej cukromocz pozawysepkowy, aniżeli rzeczywistą cukrzycę trzustkową — z wyjątkiem urazów, w następstwie których powstają uszkodzenia histologiczne, które niszczą właściwą tkankę wysepkową.

J. Papierkowski (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Z badań podstawowej przemiany materii i znaczenia jodu u dzieci. CONCAS G. Rivista di Clinica Pediatrica. Vol. XXXIV. Fasc. VIII. Agosto 1936.

Autor przebadał 108 przypadków dzieci w wieku od 1 miesiąca do 9 lat (materiał Kliniki Pediatrycznej w Gagliazi) i doszedł do następujących wniosków:

1) we krwi dzieci zdrowych jod jest stale obecny od pierwszego miesiąca życia w różnym procencie, niekiedy nawet większym, aniżeli u dorosłych;

2) u dziewcząt przed pokwitaniem jodemia jest przeciętnie niższa niż u chłopców;

3) jodemia podlega indywidualnym wahaniom, niezależnie od warunków odżywienia;

4) osocze krwi zawiera największą ilość jodu;

5) mleko zawiera w każdym okresie laktacji jod z różnicami indywidualnymi związanymi nie z wiekiem i warunkami odżywienia, lecz prawdopodobnie z indywidualnymi czynnikami wewnątrzwydzielniczymi.

Krew dzieci odżywianych mlekiem matki, wychowanych poza tym w identycznych warunkach, posiada większą procentową zawartość jodu, aniżeli krew dzieci odżywianych mlekiem zwierzęcym. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Badania morfologiczne mózgu w mongoliźmie. LEVI S. Rivista di Clinica Pediatrica. Vol. XXXIV. Fasc. IX. Settembre 1936.

Opisawszy szczegółowo pięć mózgów mongolików i doszedłszy do oryginalnych wyników, rozważa je autor z punktu widzenia filogenetycznego, antropologicznego i klinicznego.

Mózg mongolików przedstawia względny rozwój płata czołowego, który jest jednak wyraźnie opóźniony w stosunku do rozwoju u 7-miesięcznego płodu i dorosłego człowieka, zbliża się natomiast bardzo do pewnego rodzaju małp tzw. *„macacus"*.

Ogólny ciężar mózgu jest znacznie zmniejszony a zróżnicowanie kory mózgowej jest wybitnie opóźnione.

W końcu podaje autor kilka uwag, dotyczących patogenezy mongolizmu. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Encephalitis i encephalomyelitis intra- i postmorbillosa. GRASSI A. Rivista di Clinica Pediatrica. Vol. XXXIV. Fasc. XII. 1936.

Omówiwszy syntetycznie powikłania nerwowe w odrze, opisuje autor trzy przypadki *encephalitis* i jeden przypadek *encephalomyelitis*, które to powikłania wystąpiły w 5—20 dni po zakażeniu odrowym, oraz jeden przypadek *encephalitis intramorbillosa*, która w sposób nagły i gwałtowny rozwinęła się tuż po objawach początkowych odry bez wysypki i doprowadziła szybko do zejścia śmiertelnego.

Następnie wypowiada autor własne uwagi i zapatrywania na etiologię i patogenezę powyższych postaci chorobowych.

J. Papierkowski (Lwów).

Wpływ witaminy C (kwasu askorbinowego) na poziom cukru we krwi. TARSITANO A. e SPENA A. La Riforma Medica. Nr 38. 1936.

Na podstawie swych oryginalnych badań klinicznych stwierdzają autorowie, że witamina C (kwas askorbinowy) zastosowana u osobników zdrowych, już to nie zmienia całkowicie, już to podnosi nieznacznie poziom cukru we krwi, podczas gdy u chorych na wątrobę *(icterus catarrhalis, cirrhosis hepatis* (typu Morgagni-Laennec), sprawy nowotworowe wątroby itd.), witamina C wywołuje po podaniu dożylnym mniej lub bardziej wybitną hiperglikemię.

Zmiany powyższe poziomu cukru we krwi nie są stałe; nie można również wykazać związku między przebiegiem krzywej glikemicznej a ciężkością schorzenia wątrobowego.

Wyniki otrzymane przez autorów udowadniają jednak twierdzenie, że witamina C jest zdolna wpływać na poziom cukru w ustroju. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Hipoglikemiczne działanie wyciągu z błony śluzowej żołądka w cukrzycy. BRIGANTI A. La Riforma Medica. Nr 45. Novembre. 1936.

W pierwszym, tymczasowym doniesieniu swych badań klinicznych i doświadczalnych przeprowadzonych w Instytucie Kliniki Chorób Wewnętrznych w Neapolu podaje autor, że sproszkowany wyciąg błony śluzowej żołądka *(ventraemon)* jest zdolny, podobnie, jak hepatoterapia, obniżyć poziom cukru we krwi i że działanie hipoglikemiczne „gastroterapii" jest wybitne przede wszystkim u diabetyków, gdy tymczasem u ludzi zdrowych jest ono słabo zaznaczone lub go nawet brak zupełnie.

J. Papierkowski (Iwonicz-Zdrój).

Zespół chorobowy Cushinga. STEFANUTTI P. Folia Medica. Nr 1. 1936.

Autor opisuje kliniczny przypadek zespołu Cushinga, który z tego względu jest godny uwagi, że zespół wielogruczołowy wystąpił dopiero długi czas od powstania wola z objawami Basedowa.

Analiza kliniczna objawów pozwala wyraźnie rozpoznać czynnościowe zaburzenia dokrewnego systemu, które dotyczą przede wszystkim nadnerczy, przysadki mózgowej i gruczołów płciowych.

Na podstawie przebiegu choroby sądzi autor, iż należy przyjąć możliwość wybuchu wielogruczołowego zespołu nie tyle pod wpływem czynnika przysadkowego, ile szczególnego usposobienia całego układu dokrewnego i neurowegetatywnego, które wyraża się w tym, że na normalne endogeniczne bodźce odpowiadają niezwyczajne czynnościowe odczyny.

J. Papierkowski (Lwów).

Chloremia w gruźlicy płuc i jej znaczenie praktyczne. ROMANO S. Folia Medica. Nr 2. 1936.

Po krótkim syntetyczno-krytycznym omówieniu przemiany chlorowej w gruźlicy, podaje autor zachowanie się poziomu chloru w surowicy krwi osób chorych na gruźlicę płuc. Autor stwierdza mianowicie zmniejszenie zawartości chloru w surowicy we wszystkich przypadkach gruźlicy, przy czym spadek poziomu chloru jest tym silniejszy, im cięższy jest stan chorego.

Stwierdzenie niskiego poziomu chloru w surowicy u chorych, którzy uchodzą za wyleczonych klinicznie, wydaje się autorowi ważnym z tego powodu, że jest ono wyrazem ukrytej czynności gruźlicy, która wcześniej czy później objawi się na nowo.

J. Papierkowski (Lwów).

Malaria congenita — jej możliwość. M. MACCIOTTA. Rivista Italiana di Ginecologia. Agosto, 1936.

Autor szukając pierwotniaków zimnicy we krwi kilkunastu kobiet chorych na zimnicę, znajdujących się w ciąży, czy też podczas porodu i w pierwszych dniach połogu, stwierdził ich obecność we krwi pępowiny, łożyska, we krwi noworodka wziętej z naczyń obwodowych, już to zaraz po porodzie, już to w pierwszych tygodniach życia.

Pozytywny wynik badań autora daje podstawy do dyskusji, nie wyczerpanej jeszcze ostatecznie, nad możliwością istnienia zimnicy wrodzonej. *J. Papierkowski* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Ostre objawy brzuszne w purpura Henochi. ANTONIOLI G. M. La Riforma Medica. Nr 45. 1936.

Autor opisuje przypadek z Kliniki Chirurgicznej w Turynie *purpura abdominalis Henochi*, który przedstawiał obraz *appendicitis acuta*, a w którym dzięki wystąpieniu późniejszemu objawów pozabrzusznych plaminy (artralgie, krwawe wybroczyny podskórne i podśluzowe, obecność krwi w kale i w moczu itd.), uniknięto zabiegu chirurgicznego.

W pewnej ilości przypadków właściwe rozpoznanie — zdaniem autora — jest prawie niemożliwe i przy wątpliwym różnicowaniu *(appendicitis acuta, invaginatio intestinalis* itp.) błędna ingerencja chirurgiczna jest usprawiedliwiona.

Niemniej jednak chirurg powinien pamiętać o tej jednostce chorobowej, która może być przyczyną błędnego rozpoznania i błędnego wskazania operacyjnego.

J. Papierkowski (Iwonicz-Zdrój).

Zmiany soku żołądkowego w appendicitis chronica. REPETTO E. La Riforma Medica. Nr 43. 1936.

Autor badał zmiany, jakie zachodzą w soku żołądkowym u 28 chorych dotkniętych przewlekłym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Na podstawie wyników swych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków:

W około połowie przypadków *appendicitis chronica* istnieją zmiany soku żołądkowego, polegające na lekkiej nadkwasocie, która się stale utrzymuje.

Poszukiwanie w soku żołądkowym kwasu mlekowego, barwików żółciowych i śluzu u tych chorych nie dało rezultatu.

Po wycięciu wyrostka robaczkowego objawy nadkwaśności ustępowały w tych przypadkach, w których przed zabiegiem były obecne. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Hernia femoralis u 6-letniej dziewczynki. BIASINI A. La Riforma Medica. Nr 48. 1936.

Autor przedstawia przypadek przepukliny udowej u dziewczynki 6-letniej. Zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze, dotyczące okolicy udowej, w której może powstać przepuklina na tle zapalenia gruczołów limfatycznych, jak to miało miejsce w opisanym przypadku. *J. Papierkowski* (Lwów).

Thrombophlebitis venae portae w appendicitis acuta. MAURO M. La Riforma Medica. Nr 50. 1936.

Autor opisuje cztery przypadki zapalenia zakrzepowego żyły brammej i jej odgałęzienia żyły krezkowej górnej, które wystąpiło jako powikłanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego z takimi następstwami, jak ciężki krwotok, przebicie jelita grubego i biodrowego, ropień podprzeponowy, opłucnowopłucny itd. *J. Papierkowski* (Lwów).

NAJNOWSZE WYDAWNICTWA WŁOSKIE.

„Traité de Semiologie" przez Prof. J. Viola, dyr. Kliniki Lek. w Bolonii. Dzieło złożone z 3 tomów, każdy o 2 częściach. Wyd. Dr François Vallardi, Mediolan. Cena: 450 L, w oprawie 500 L.

„Pathologie et clinique des organes à sécretion interne" przez Prof. On. Sen. Nicolas Pende, prof. Król. Uniw. w Rzymie. 2 tomy, XXVI rozdz. Str. 1288. Ryc. 345. Wyd. Dr Fr. Vallardi. Mediolan. Cena: 130 L.

„Traité de pediatrie" przez Prof. C. Comba, R. Jemma i licznych innych współpracowników. Wyd. Fr. Vallardi, Mediolan. Pierwsze wydanie w 1934 r. Cena brosz. 225 L, w opr. 250 L.

„Traité de la tuberculose" redagowane i kierowane przez Prof. Louis Devoto. Wyd. Fr. Vallardi, Mediolan. Cena całości złożonej z 5 tomów z ryc. 500 L.

„Traité d'hygiène" red. przez prof. Donato Ottolenghi przy współpracy prof. C. M. Belli, de Naples, S. E. de Blassi, N. Bruni, de Florence itd. Dwa tomy, każdy złożony z dwóch części, XXXII rozdz. Str. 2264. Ryc. 453. Wyd. Fr. Vallardi, Mediolan. Cena całości 200 L.

„Traité d'obstetrique" przez prof. E. Alfieri, A. Bertino, I. Clivio, E. Cova, E. Ferroni i in. III wyd. 1934—1936.

„Traité de gynécologie" przez powyższych i innych autorów. Wyd. Fr. Vallardi, Mediolan.

„Maladies cutanées" przez prof. François Radaeli, dyr. Kliniki Derm. Król. Uniw. w Genui. IV wydanie (1934). Wyd. Fr. Vallardi, Mediolan.

„Maladies veneriennes et syphilitiques" przez prof. Cappelli z Król. Uniw. we Florencji.

„Traité d'odontologie" przez prof. Silvio Palazzi z Król. Uniw. w Padwie. II wydanie uzupełnione przedmową Prof. A. Perna. 2 tomy, XXVIII rozdz. Str. 1366. Ryc. 1665 czarnych i barwnych. Cena brosz. 150 L.

„Matière médicale et Pharmacologie" przez prof. G. M. Piccini. Tom z ryc. o XVI rozdz. 630 str. Cena brosz. 75 L.

„Lexique de pharmacie" przez prof. Marfori, Piutti, Minnuni i in.

„Chimie pharmaceutique et toxicologie inorganique et organique" przez prof. Oddo. Dwa tomy. XXVI rozdz. Str. 989. Wyd. Fr. Vallardi, Mediolan. Cena: 120 L.

„Traité de pathologie chirurgicale" przez prof. D. Taddei z Kliniki Chir. Król. Uniw. we Florencji przy współudziale prof.: G. Bilancioni, R. Brancati, G. Castiglioni, G. Forni, P. Gaifami, G. Gatti i in.

„Traité de pathologie spéciale médicale et therapeutique" przez prof. G. Di Guglielmo z Król. Uniw. w Katanii przy współpracy prof.: A. Coppola, L. Condorelli, E. Greppi, L. Villa.

„Traité de physiologie" przez prof. F. Bottazzi, przy współpracy prof. M. Camis, V. Ducceschi, C. Foa, Tulio, Gaida i in.

„Manuel de semiologie radiologique" przez prof. J. Palmieri, dyr. Inst. Radiologii Król. Uniw. w Bolonii, przy współpracy prof.: G. Laschi, G. Lenarduzzi, P. Mainoldi, G. G. Palmieri, P. Sighinolfi.

„Manuel de radiothérapie" przez prof. G. G. Palmieri.

„Institution d'anatomie humaine" przez Dr J. Chiarugi. IV wydanie, 1935—1936. 4 tomy. Wyd. Société Editrice Libraria, Mediolan. Cena: 450 L.

„Traité d'embriologie" ze szczególnym uwzględnieniem historii rozwoju płodowego przez prof. J. Chiarugi. — Tom I. Zasady rozwoju płodowego i zapłodnienia. Str. 400. Ryc. 146, czarnych i barwnych. Cena 50 L. — Tom II. Tworzenie się płodu. Str. 512. Ryc. 298, czarnych i barwnych. Cena: 60 L. — Tom III. Tworzenie się narządów. Str. 480. Ryc. 250, czarnych i barwnych. Wyd. Soc. Editrite Libraria, Mediolan.

„Traité de pathologie générale" przez prof. A. Lustig, P. Rondoni i G. Galeotti. 8 wydanie o dwóch tomach i 2310 str. Wyd. Soc. Editrite Libraria, Mediolan. Cena brosz. 250 L.

„Les emopathies". Traité pour les medicins et les étudiants, przez prof. Adolphe Ferrata z Król. Uniw. w Padwie, drugie wydanie. 2 tomy w 5 częściach. Str. 2195. Ryc. 428 w tekście i 31 tablic barwnych poza tekstem. Cena: 395 L.

„Les tumeurs malignes" przez prof. G. Vernoni z Król. Uniw. w Rzymie. 1 tom. Str. 126. Ryc. 176, czarnych i barwnych w tekście i 13 tablic poza tekstem. Cena brosz. 70 L.

„Guide pratique du diagnostic et du traitement des infections endemiques et exotiques" prof. A. Lustig. 1 tom o 561 str. Opr. w płótno. Cena: 60 L.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. U. J. Dr Eugeniusz Artwiński zamianowany został profesorem Un. Jana Kazimierza i dyrektorem Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej tego Uniwersytetu.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XXXII Zebranie Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk odbyło się dnia 12 lutego 1937 roku. Porządek obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Wykład Doc. Dr T. Kucharskiego: „Lecznicze działanie związków chemicznych zawierających grupę paraaminobenzenosulfamidową (prontosil, septazyna, antystreptyna).

Na posiedzeniu administracyjno-sprawozdawczym Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, odbytym dnia 20 stycznia br. wybrany został następujący skład zarządu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego na rok 1937: Prezes: Prof. Dr A. Oszacki. — Wiceprezes: Dr Jan Szancenbach. — Sekretarz stały: Prof. Dr Marian Gieszczykiewicz. — Sekretarz doroczny: Dr Eugeniusz Schlönvogt. — Skarbnik: Dr Adam Ackermann. — Gospodarz: Dr Stanisław Karasiński. — Bibliotekarz: Dr Józef Spira. — Redaktorowie Polskiej Gazety Lekarskiej: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, Prof. Dr Józef Kostrzewski. — Komisja kontrolująca: Dr Bruno Wojciechowski, Dr Stanisław Poźniak. — Delegaci do Rady Zawiadowczej Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie: Prof. Dr Jan Lenartowicz (ze Lwowa), Prof. Dr Witold Nowicki (ze Lwowa). — Delegat do Komisji Rewizyjnej Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie: Dr Józef Owsiński. — Delegaci na Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, Dr Stanisław Dziuba, Dr Stanisław Karasiński, Dr Adam Maciąg, Dr Józef Owsiński, Dr Stefan Schwarz, Dr Edward Szczeklik, Dr Józef Topolnicki.

W dniu 29 stycznia 1937 r. odbyło się doroczne Walne Zebranie Krakowskiego Tow. Ginekologicznego, na którym, po udzieleniu absolutorium, wybrano przez aklamację dotychczasowy Zarząd na rok 1937 w osobach: Prezes: Doc. Dr Józef Szymanowicz. — Wiceprezes: Dr Jan Niewola-Staszkowski. — Sekretarz: Dr Stefan Schwarz. — Skarbnik: Dr Hieronim Urzędowski. Członkowie Wydziału: Dr J. Szancenbach i Dr. B. Pogonowski.

IV posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 12 lutego 1937 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Adam-Falkiewiczowa St. i Rothfeld J.: Rozpoznanie różniczkowe guza nerwu usznego, guza zaułka mostowo-móżdżkowego i guza mostu Varola (z pokazem 3 przyp). 2) Kol. Szumowski K.: Demonstracje: a) przyp. raka krtani operowany drogą laryngofissury, bez tracheotomii, b) przyp. posocznicy popłonicznej pochodzenia usznego, wywołanej przez łańcuszkowca hemolitycznego, c) przyp. ciała obcego w przełyku u dziecka. 3). Kol. Osuchowski M.: Sprawozdanie z IV Zjazdu do walki z nowotworami, odbytego w Wilnie w dniach od 6—8 grudnia 1936 (odczyt).

Dnia 28 stycznia 1937 r. odbyło się doroczne Walne Zebranie Polsk. Tow. Dermatologicznego, Oddział Lwów, na którym zostali wybrani w skład nowego zarządu: Przewodniczący: Doc. Dr Kwiatkowski Stefan. — Zastępca Przewodniczącego: Dr Kauczyński Klemens. — Sekretarz: Dr Harasimowicz Andrzej. — Skarbnik: Dr Świątkiewicz Michał. — Członek Zarządu: Dr Füllenbaum Laura. — Komisja rewizyjna: Dr Papee Roman, Dr Salpeter Michał. — Delegaci: Dr Goldschlag Fryderyk, Dr Kauczyński Klemens, Doc. Dr Kwiatkowski Stefan, Dr Mierzecki Henryk. — Zastępcy delegatów: Dr Blatt Oskar, Dr Chorążak Tadeusz, Dr Papee Roman.

Towarzystwo Aptekarskie, Polskie Towarzystwo Przyrodników im. Kopernika, Towarzystwo Lekarskie Lwowskie, Polskie Towarzystwo Chemiczne i Polskie Towarzystwo Biologiczne urządziły wspólne posiedzenie naukowe dnia 8 lutego 1937 r. w sali Collegium Maximum U. J. K. Porządek dzienny: wykład profesora toksykologii Uniwersytetu Paryskiego Dr René Fabre: *„La toxicologie, ses buts et ses méthodes"*.

VIII Międzynarodowy Kongres Wysokiej Kultury Lekarskiej odbędzie się w czasie od 25 marca do 6 kwietnia 1937 r. w Algierze. Sekretarz Kongresu (i organizator): L. W. Tomarkin, Institut Alfred Fournier, 25, Boulevard Saint-Jacques, Paris. Liczne referaty z różnych dziedzin (choroby podzwrotnikowe, zakaźne, dermatologia, choroby serca i naczyń krwionośnych, choroby krwi, medycyna społeczna itd.) zapewniają duże zainteresowanie. Posiedzeniom na poszczególne tematy przewodniczyć będą znane osobistości świata naukowo-lekarskiego (Levaditi i in.). Mają być reprezentowane uniwersytety w liczbie 50 (także Warszawa). Liczbę wykładających profesorów obliczono na 60 (spośród 15 narodowości). Przewidziane są liczne urozmaicenia (m. i. koncerty Fr. Lehara, wycieczki — Alger-Maroko-Tunis).

Francuskie Towarzystwo Okulistyczne urządza swój 50. kongres w czasie od 28—30 czerwca b. r. w Paryżu. Sekretarz: Dr René Oniray, 6, Avenue de la Matte-Picquet, Paris VII-e.

Komunikaty.

Kurs z zakresu medycyny społecznej, urządzany przez Wydział Lekarski U. J. w Krakowie przy współudziale Ministerstwa Opieki Społecznej i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych odbędzie się w czasie od 22 lutego do 20 marca 1937 r. Program kursu będzie obejmował następujące wykłady: 1) Sen. Dr Bobrowski: Rozwój idei i form ubezpieczeń społecznych (1 godz.). — 2) Dr Tislowitz: Ubezpieczenia społeczne zagranicą (1 godz.). — 3) Dr Szumski: Stanowisko lekarza w ubezpieczeniach społecznych w Polsce i zagranicą (2 godz.). — 4) Dyr. Dr Kropatsch, Dyr. Krwawicz i Dr Ciećkiewicz: Ubezpieczenia społeczne w Polsce (6 godz.). — 5) Dyr. Dr Wasowicz: Systemy organizacji pomocy leczniczej (1 godz.). — 6) Dyr. Lgocki: Organizacja ubezpieczeń społecznych w Polsce (2 godz.). — 7) Dr Kunicki: Organizacja lecznictwa w ubezpieczeniu chorobowym (6 godz.). — 8) Doc. Dr Bier, Dr Spiss i Dr Gastoł: Higiena pracy i bezpieczeństwo pracy (6 godz.). — 9) Prof. Dr Latkowski: Choroby wewnętrzne z punktu widzenia medycyny społecznej (3 godz.). — 10) Dr Malkiewicz: Choroby dzieci z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). — 11) Doc. Dr Zaremba: Choroby chirurgiczne z punktu widzenia medycyny społecznej (3 godz.). — 12) Dr Ślączka: Choroby układu nerwowego z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). — 13) Prof. Dr Walter: Choroby skórno-weneryczne z punktu widzenia medycyny społecznej (2 godz.). — 14) Doc. Dr Stępowski: Choroby kobiece i położnictwo z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). — 15) Doc. Dr Wilczek: Choroby oczu z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). — 16) Doc. Dr Miodoński: Choroby uszu, nosa i gardła z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). — 17) Prof. Dr Kostrzewski: Choroby zakaźne z punktu widzenia medycyny społecznej (1 godz.). — 18) Doc. Dr Siedlecki: Choroby zawodowe (3 godz.). — 19) Prof. Dr Olbrycht i Dr Ciećkiewicz: Zasady orzecznictwa lekarskiego w ubezpieczeniu chorobowym, emerytalnym i wypadkowym (3 godz.). — 20) Prof. Dr Rogalski: Wychowanie fizyczne i sport, jako czynnik społeczny (1 godz.). — 21) Prez. Izby Lek. Dr Stryjeński: Deontologia lekarska, ustawodawstwo lekarskie, odpowiedzialność prawna lekarzy (2 godz.). — Nadto program kursu obejmuje seminaria, praktyczne ćwiczenia, zwiedzanie lecznic, fabryk, hut, kopalni itp. Otwarcie kursu nastąpi w sali Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie przy ul. Radziwiłłowskiej 4, w dniu 22 lutego 1937 r. o godz. 18.

Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich podaje do wiadomości, że XXIX Zjazd Chirurgów Polskich (XII Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich) odbędzie się w Warszawie w dniach 5, 6 i 7 kwietnia 1937 r. Tematy programowe: 1. „Urazy czaszki i mózgu“. Referent: Doc. Dr S. Nowicki (Kraków). Koreferent: Prof. Dr S. K. Pieńkowski (Kraków). — II. „Zagadnienie przygotowania chorego do operacji“. Referent: Prof. Dr A. Jurasz (Poznań). — Stosownie do postanowień Regulaminu T-wa, zgłaszanie rozpraw nad tematami programowymi oraz zgłaszanie referatów na tematy dowolne winno nastąpić najpóźniej do dnia 22 lutego 1937 r. na ręce prezesa T-wa prof. A. Jurasza (Poznań, ul. Długa 1). Do zgłoszonych referatów na tematy dowolne winno być dołączone co najmniej krótkie streszczenie referatu. Pierwsze dwa dni Zjazdu będą prawdopodobnie poświęcone tematom programowym i rozprawom nad nimi. Referaty na tematy dowolne będą wygłaszane w 3 dniu Zjazdu, z tego też względu liczba referatów przeznaczonych do wygłoszenia będzie ograniczona. Według postanowienia § 4 Regulaminu Towarzystwa Chirurgów Polskich, członkami Zjazdu są tylko członkowie Tow. Chir. Polskich, a więc prawo zgłaszania referatów mają tylko członkowie T-wa. Jednocześnie Zarząd T-wa przypomina, że od roku została obniżona wkładka dla nowo wstępujących członków-asystentów klinik i szpitali na zasadzie wniosków indywidualnych do wysokości 42 zł rocznie (12 zł wkładka i 30 zł prenumerata ulgowa Pol. Przegl. Chir.). Zarząd T-wa przypuszcza, że w ten sposób ułatwi młodszym kolegom wstąpienie do T-wa i wzięcie udziału w pracach Zjazdu. W najbliższym czasie otrzymają członkowie T-wa drukowane referaty na tematy programowe oraz będą zawiadomieni o sprawach organizacyjnych Zjazdu tj. kwaterach, ulgach kolejowych itd. Korespondencje w sprawach Zjazdu należy kierować pod adresem sekretarza T-wa Dra T. Byszewskiego (Warszawa, ul. Barska 3).

Sekcja Medycyny Wewnętrznej XV Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich i XII Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich. (Lwów, 4—7 lipca 1937 r.). Komunikat Nr II. Komitet Miejscowy donosi, że z ramienia Zarządu Polskiego Towarzystwa Radiologicznego zgłosili referaty dyskusyjne: do tematu głównego I: Doc. Dr A. Elektorowicz: Radioterapia układu współczulnego, a do II tematu: Dr Kochanowski: Radiodiagnostyka trzustki. W myśl porozumienia z sekcją chirurgiczną w obu programowych posiedzeniach Zjazdu Internistów weźmie w całości udział sekcja chirurgiczna, przy czym, poza już poprzednio zgłoszonym udziałem Prof. Jurasza w II temacie, ze strony chirurgów objęli współpracę w I temacie Dr Bross i Dr Michałowski (Lwów). Jedno z popołudniowych posiedzeń sekcji medycyny wewnętrznej będzie przeznaczone na wspólne obrady z sekcją okulistyczną, neurologiczną i dermatologiczną, na temat: Znaczenie hipotonii w zanikach nerwu wzrokowego i siatkówki. Na życzenie Polskiego Towarzystwa Walki z Gośćcem, w ramach sekcji medycyny wewnętrznej będzie zorganizowana osobna podsekcja gośćcowa, w której wezmą udział oficjalni prelegenci, zgłoszeni przez T-wo Walki z Gośćcem. Komitet przypomina, że zgłoszenie tytułów wykładów winno nastąpić do 1 kwietnia 1937 r. pod adresem: Dr St. Hornung, Lwów, ul. Pijarów 6. Krótkie streszczenia (20—30 wierszy maszynopisu) należy przesłać pod powyższym adresem najpóźniej do 1 maja 1937 r. Wykłady niezgłoszone w ten sposób nie będą mogły być umieszczone na porządku dziennym. Za Komitet Miejscowy: Przewodniczący: *M. Franke.* Sekretarz: *St. Hornung.*

Sekcja Pediatryczna XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który odbędzie się we Lwowie od dnia 4—7 lipca 1937 r. podaje do wiadomości następujący program tymczasowy: 1. Referat główny: Znaczenie dziedziczności dla patologii schorzeń wieku dziecięcego. Referent: Dr Hanna Hirszfeldowa (Warszawa). — II. Referat główny: Gruźlica niemowląt. Referent: Dr St. Popowski (Warszawa). — Komunikaty indywidualne, o ile możności pozostające w związku z tematami głównymi, należy zgłaszać wraz z krótkimi streszczeniami pod adresem: Doc. Dr St. Progulski, Lwów, Klinika Dziecięca U. J. K., ul. Głowińskiego 5, do dnia 1 maja 1937 roku. W ciągu maja zostanie ogłoszony szczegółowy program Sekcji wraz z listą mówców, zaproponowanych do dyskusji na tematy główne. Referaty główne mają do dyspozycji 45 minut czasu, przemówienia zaproponowanych mówców — 10 minut, komunikaty indywidualne 15 minut, przemówienia dyskusyjne nad tymi komunikatami 5 minut.

Redakcja otrzymała:

H. Vignes i M. Bobey: Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 14 fr.

R. Broca i J. Marie: L'année pédiatrique. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 32 fr.

P. Lereboullet: Manuel de puériculture. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 22 fr.

H. Lubieniecki: Podstawy klinicznego dawkowania naparstnicy i pokrewnych środków. Poznań 1937. Cena: 1.20 zł.

Internacia Medicina Revuo. Nr 5/6. 1936. (Oficiala Organo de Tutmonda Esperantista Kuracista Asocia).

M. Metzger: Le chirurgien devant l'état puerpéral. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 52 fr.

Cl. Béclère: Les hémorragies utérines avant et après la ménopause. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 50 fr.

J. Leveuf: Études sur le spina bifida. Wyd. Masson, Paryż 1937. Cena: 75 fr.

A. Policard: Physiologie générale des articulations à l'état normal et pathologique. Wyd. Masson, Paryż 1936. Cena: 36 fr.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—

za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.